



Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes

Ingrid Aubineau

► To cite this version:

Ingrid Aubineau. Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01221326

HAL Id: dumas-01221326

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01221326>

Submitted on 27 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 75

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de Psychiatrie

Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge
somatique des patients schizophrènes

Présentée et soutenue publiquement
le 26 juin 2015

Par

Ingrid AUBINEAU
Née le 22 janvier 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Professeur Christine Passerieux

Jury :

M. Le Professeur Bernard Granger Président
M. Le Professeur Cédric Lemogne
Mme Le Docteur Nathalie Gluck
Mme Le Docteur Nadine Bazin



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

SOMMAIRE

Remerciements	5
Introduction	6
I. Schizophrénie, comorbidités somatiques et disparité des soins	8
I. 1. Les comorbidités cardiovasculaires	8
I. 1. 1. Le syndrome métabolique	8
I. 1. 2. L'obésité	9
I. 1. 3. Le diabète	11
I. 1. 4. L'hypertension artérielle	13
I. 1. 5. Les dyslipidémies	14
I. 1. 6. Le tabac	14
I. 1. 7. Les maladies cardiovasculaires	15
Les pathologies cardiaques	15
Les pathologies cérébrovasculaires	17
I. 1. 8. Influence des facteurs de risque cardiovasculaires sur la survenue des maladies cardiovasculaires	17
I. 2. Les comorbidités addictives	18
I. 3. Les autres comorbidités	19
I. 3. 1. Les infections	20
I. 3. 2. Les atteintes respiratoires	21
I. 3. 3. Les cancers	21
I. 3. 4. Les atteintes digestives	22
I. 3. 5. L'ostéoporose	23
I. 3. 6. Les atteintes ORL	23
I. 3. 7. Les atteintes urologiques et obstétricales	23
I. 3. 8. Les atteintes du système nerveux	25
I. 3. 9. Les atteintes stomatologiques	25
I. 3. 10. Les maladies systémiques	26
I. 3. 11. Les maladies ophtalmologiques	26
I. 3. 12. Les maladies endocriniennes	27
I. 3. 13. Les comorbidités hospitalières	27
I. 4. Comorbidités et disparité des soins : points clés	27
II. Retentissement sur la durée de vie	30
II. 1. L'espérance de vie	30
II. 2. Taux de mortalité global	32
II. 3. Variation du taux de mortalité sur les dernières décennies	33
II. 4. Neuroleptiques, mortalité et qualité de vie	34
II. 5. Sur-handicap lié à cette surmorbidity	37
II. 6. Retentissement sur l'espérance de vie : points clés	38
III. Barrières à la détection et à la prise en charge de cette sur-morbidité	39
III. 1. Hypothèses liées au système de soins	39
III. 1. 1. Séparation des soins somato-psychiatriques	39
III. 1. 2. Une barrière financière	40
III. 2. Hypothèses liées aux professionnels de santé	40

III. 2. 1. La stigmatisation	40
III. 2. 2. Psychosomatique	41
III. 2. 3. Les compétences médicales	41
III. 2. 4. Un manque de communication	42
III. 3. Hypothèses liées au patient et à sa pathologie	42
III. 3. 1. Le mode de vie	42
III. 3. 2. Utilisation des soins mis à disposition	43
III. 3. 3. Verbalisation des symptômes	44
III. 3. 4. Observance	45
III. 4. Barrières aux soins : points clés	45
IV. Quelles solutions possibles pour une meilleure intégration des soins somato – psychiatriques ?	48
IV. 1. Recommandations	48
Anamnèse et bilan pré-thérapeutique	48
Le tabac	49
Le poids	49
Le diabète et la glycémie à jeun	50
Le cholestérol et les lipides	50
La tension artérielle	50
Style de vie	51
L'électrocardiogramme	51
Autres éléments de surveillance	52
IV. 2. Modifications du mode de vie	52
IV. 3. L'éducation des patients	53
IV. 4. Le système de « case manager »	53
IV. 5. Une population fragile	55
IV. 6. La « dé-stigmatisation »	55
IV. 7. L'aspect financier	55
IV. 8. L'éducation des professionnels de santé	56
IV. 9. La collaboration entre professionnels de santé	57
IV. 10. Exemples de la France, de l'Angleterre et du Canada	58
IV. 10. 1. La France : des changements en cours	58
Historique et organisation actuelle des soins	58
Les soins somatiques en psychiatrie : état des lieux	59
IV. 10. 2. Le Québec : des réseaux intégrés de service	60
IV. 10. 3. L'Angleterre : une intégration somato-psychiatrique historique	62
IV. 11. Changements possibles : points clés	64
V. Etude	66
V. 1. Introduction	66
V. 2. Matériel et méthode	67
V. 3. Comparaison des deux groupes	68
V. 4. Résultats	71
V. 4. 1. Premier objectif : suivi métabolique et infirmiers référents	71
V. 4. 2. Second objectif : suivi somatique général	75
V. 4. 3. Troisième objectif : facteurs de « gravité »	78
V. 5. Discussion	81
V. 5. 1. Réalisation de l'étude	81
V. 5. 2. Moyenne d'âge	82
V. 5. 3. Prise en charge	82
V. 5. 4. Médecin traitant	83

V. 5. 5. Addictions	83
V. 5. 6. Voies d'amélioration possibles	84
Conclusion	86
Annexe	88
Références	94

Remerciements

Au Professeur Granger, qui a accepté de présider ce jury de thèse.

Au Professeur Passerieux, pour sa disponibilité et sa réactivité, pour le temps qu'elle m'a accordé pour la réalisation de ce travail, et pour l'intérêt qu'elle y a porté.

Aux autres membres du jury qui ont répondu présent, Le Docteur Lemogne et le Docteur Gluck, avec une attention particulière au Docteur Bazin pour toute l'aide qu'elle a pu me donner pour la réalisation de l'étude.

Aux secrétaires et à l'équipe soignante du CMP qui ont répondu avec patience à mes questions.

A mes parents, qui sont toujours étonnés de la possibilité pour moi de leur faire leurs ordonnances. Et oui, votre petite fille a bien grandi ! Merci de votre soutien, de m'avoir poussée à aller au bout de ces 10 ans, d'avoir cru en moi, d'avoir soutenu le choix de la psychiatrie et d'y porter un tel intérêt. Merci d'avoir écouté toutes ces histoires de médecine, qui pourtant ne vous « ragoutaient » pas beaucoup mais qui me permettaient de partager avec vous ce drôle de monde que sont les études de médecine. Merci encore encore et encore pour votre aide pour les statistiques (Papa, tu es maintenant le Roi du Chi 2 !!).

A Yonyon, ma soeurette adorée, ma confidente et meilleure amie. Merci pour ta présence sans faille, ton rire, ton écoute, ton soutien envers et contre tout. Merci pour ta simplicité, pour tous ces moments passés et à venir, pour ta complicité, pour ta gentillesse et pour ta sincérité. Merci d'être ce que tu es.

A mes grands parents, d'ici et d'ailleurs. Je pense à vous.

A Pauline, Constance, Olivia, Mathilde, Marion, Emeline. Les vraies amies sont rares et se comptent sur les doigts de la main. Bon ok, vous êtes 6, mais on a deux mains pas vrai ??

A mes co – internes, la PGV-team.

A Toi, mon doux rêve devenu bien réel.

Introduction

Pathologies mentales et somatiques sont souvent intriquées. B.G. Druss et al. (16) ont réalisé une étude basée sur des données épidémiologiques recueillies auprès de 34 millions d'Américains. Ils ont constaté qu'environ 25% de la population souffrait d'un problème psychiatrique, et que parmi eux, environ 68% était atteint d'une comorbidité somatique. A l'inverse, 58% de la population avait une pathologie somatique, et environ 29% d'entre eux souffrait d'une comorbidité psychiatrique.

Ils ont également observé qu'un problème somatique pouvait aggraver ou faire décompenser une pathologie psychiatrique, et inversement : une pathologie psychiatrique peut constituer un facteur de risque de développement de conditions physiques défavorables à une bonne santé physique.

Une attention particulière doit donc être apportée à ces patients psychiatriques concernant le dépistage, la surveillance, et le suivi d'une quelconque pathologie somatique.

Pourtant, ils remarquent qu'une personne souffrant de troubles mentaux avait deux à quatre fois plus de risque de mourir prématurément qu'une personne du même âge de la population générale.

Ce constat interpelle.

Nous nous sommes donc intéressés au cours d'une première partie, aux comorbidités les plus fréquentes chez les patients schizophrènes. Nous avons porté un intérêt particulier pour les facteurs de risque et les comorbidités cardiovasculaires : quelle différence existe – t – il en terme de prévalence avec la population générale, quels facteurs sont déterminants dans l'apparition de ces facteurs de risque, et en quoi la disparité des soins dispensés à ces patients joue un rôle dans le constat fait par B. G. Druss et al (16).

Alors que l'espérance de vie a sensiblement augmenté au sein de la population générale au cours des dernières décennies, la présence d'une plus grande prévalence de comorbidités associée à la disparité des soins n'est pas sans conséquence sur l'espérance de vie des patients schizophrènes et sur la mortalité. C'est ce que nous étudierons au cours de la seconde partie.

Nous pouvons nous demander pourquoi ces patients sont – ils moins bien dépistés, suivis et pris en charge. L'origine de cette disparité des soins est en réalité plurifactorielle et est abordée au cours de la troisième partie de cette revue de la littérature.

Enfin, il existe des solutions, actuelles ou futures, qui permettent de pallier à ces limites que nous avons citées qui empêchent les patients schizophrènes de bénéficier d'une qualité des

soins identiques à la population générale. Ces solutions sont abordées au cours de la dernière partie, et proposent des idées d'amélioration tant sur le plan individuel que sur le plan de l'organisation des soins, en citant comme exemples l'organisation des soins en France, au Québec et au Royaume – Uni.

Pour illustrer cette revue de la littérature, une étude a été réalisée à partir de 164 dossiers de patients schizophrènes, dans le but d'analyser la qualité du dépistage et du suivi du syndrome métabolique au sein d'un centre médico-psychologique, réalisé à la fois par les infirmiers référents des patients mais également par les médecins impliqués dans leur prise en charge (psychiatre et médecin généraliste). Cette étude avait également pour but d'étudier le suivi somatique général de ces patients par le médecin traitant.

I. Schizophrénie, comorbidités somatiques et disparité des soins.

I. 1. Les comorbidités cardiovasculaires

I. 1. 1. Le syndrome métabolique

Bien que la définition de ce syndrome varie selon les études et les pays, le syndrome métabolique est basé dans tous les cas sur la mesure de plusieurs critères, à savoir l'obésité, le taux de triglycérides et d'HDL cholestérol, la pression artérielle, la glycémie.

En France, ce syndrome est défini par la présence d'au moins trois des facteurs cardiovasculaires (28) :

- une anomalie du cholestérol : avec un taux de cholestérol HDL inférieur à 0,4 g/L pour les hommes, 0,5 g/L pour les femmes.
- une dyslipidémie : avec un taux de triglycérides supérieur à 1,5 g/L.
- l'hypertension artérielle : c'est-à-dire plus de 130 mmHg de pression systolique et/ou plus de 85 mmHg de pression diastolique ou la prise d'un traitement anti-hypertenseur.
- l'excès de poids, surtout s'il s'agit d'une obésité abdominale (tour de taille supérieur à 102 cm pour les hommes, et à 88 cm pour les femmes).
- l'hyperglycémie : glycémie à jeun supérieure à 1,1 g/L.

J. McEvoy et al. (42) ont réutilisé les données de l'étude CATIE pour étudier le syndrome métabolique chez les patients schizophrènes, et ont comparé ces données à un échantillon de la population générale. L'étude CATIE est une étude multicentrique et prospective, parue en 2005, qui évalue l'efficacité des antipsychotiques de première et de seconde générations ainsi que leurs effets secondaires, et notamment la prévalence du syndrome métabolique, chez 1500 patients schizophrènes.

Ils ont ainsi constaté de manière significative que chez les hommes, l'étude CATIE retrouvait une prévalence du syndrome métabolique de 36% chez les patients schizophrènes, contre 19,6% des hommes de la population générale. (51,6% chez les femmes souffrant de schizophrénie, contre 25,1% des femmes de la population générale. Ces résultats étaient significatifs également).

D'autres études obtiennent des résultats plus larges mais sont en accord avec l'étude CATIE.

M. De Hert et al. (15) ont réalisé une revue de la littérature centrée sur les patients souffrant de maladies mentales sévères (schizophrénie et trouble schizo-affectif, trouble bipolaire et épisode dépressif majeur). Ils ont cherché sur MEDLINE des articles parus entre 1966 et août 2010, concernant les données épidémiologiques de comorbidités somatiques et de mortalité chez ces patients psychiatriques. Ils ont ainsi regroupé un panel de 588 articles.

Ils concluent sur le syndrome métabolique en disant que la prévalence est très élevée chez les patients schizophrènes sous neuroleptiques (de 19,4 à 68% selon les études). Ces variations sont liées aux critères de définition du syndrome métabolique, aux genres inclus, aux origines ethniques, aux pays, à l'âge des groupes et aux différents traitements antipsychotiques considérés.

De plus, lorsqu'il existe un syndrome métabolique, le risque de diabète est multiplié par 5 à 6, et le risque de maladie coronarienne est multiplié par 3 à 6 également selon les études (15).

Pourtant, malgré la facilité de mesure de ces paramètres, de nombreux patients ne sont pas dépistés. En effet, à l'initiation d'un traitement par antipsychotique, seuls 8 à 30% des patients recevraient les mesures nécessaires à l'évaluation de ce syndrome, et au cours du suivi seuls 8,8% des patients seraient ensuite surveillés (15).

I. 1. 2. L'obésité

L'obésité peut se mesurer par l'Indice de Masse Corporel (IMC) :

- si celui-ci dépasse 25 Kg/m², le patient est en surpoids,
- s'il est supérieur à 30 Kg/m² le patient est considéré comme obèse avec un risque reconnu de diminution de l'espérance de vie. A partir d'un IMC supérieur à 40 kg/m², l'obésité est considérée comme sévère.

Elle peut également se mesurer par le tour de taille. On parle alors d'obésité abdominale si le périmètre est supérieur à 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes. (15)

Il est connu que l'obésité entraîne une diminution de l'espérance de vie et une majoration de risque de diabète, de maladies cardio-vasculaires, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, de difficultés respiratoires, de troubles hormonaux (notamment concernant les hormones reproductrices), voire même certains cancers (le cancer du côlon par exemple). (15)

C. H. Hennekens et al. (31) ont conduit une revue de la littérature regroupant une petite soixantaine d'articles, étudiant les facteurs de risque cardiovasculaires chez les patients schizophrènes. Concernant l'obésité, ils en ont conclu qu'aux Etats – unis, 27% de la population générale avait un IMC supérieur à 27 Kg/m², contre 42% des patients schizophrènes.

Chez les patients schizophrènes sous neuroleptiques, le risque de prise de poids n'est pas le même selon les molécules. Elle a été constatée chez 15 à 72% des patients selon les études. Ainsi, la clozapine (4,45 kg en moyenne) et l'olanzapine (4,15 kg en moyenne) sont les traitements les plus concernés par cette prise de poids, suivis par la quétiapine et la rispéridone (2,1 kg en moyenne) qui présentent un risque intermédiaire. Enfin, l'aripiprazole, l'amisulpride et l'halopéridol (moins de 1 kg en moyenne) ont des effets plus faibles sur la prise de poids.

Les mécanismes neurobiologiques expliquant la prise de poids sous neuroleptiques restent flous et s'associent à une grande variabilité interindividuelle. (13, 15, 31)

Dans l'étude CATIE dont s'inspire J. P. McEvoy et al. (42) l'IMC moyen est de 29,7 kg/m².

S. Brown et al. (7) se sont penchés sur la question du mode de vie des patients schizophrènes, comme facteurs de risque de développer un surpoids, voire une obésité, indépendamment de la prise d'un traitement. Ils ont ainsi pu constater que les 102 patients inclus avaient une alimentation plus riche en graisses et plus pauvre en fibres que la population générale, qu'ils faisaient également moins d'activité physique et menaient une vie plus sédentaire.

Cette sédentarité peut s'expliquer de plusieurs manières : par la sédation liée aux traitements ainsi que par les symptômes négatifs de la maladie (repli, isolement, apragmatisme ...) (15)

Les patients souffrant de maladie mentale sévère sont donc à plus haut risque de surpoids et d'obésité que la population générale, qu'ils soient ou non traités par psychotropes. (7, 15)

Ce risque s'élève entre 2,8 et 3,5 fois le risque d'obésité de la population générale. (15)

Chez les patients schizophrènes souffrant d'obésité, l'espérance de vie peut être réduite de 25 à 30 ans, comparée à la population générale. (44)

Concernant le retentissement sur la qualité de vie, l'obésité due aux neuroleptiques a un impact négatif : elle entraîne une diminution du bien être et de la vitalité, ainsi qu'une stigmatisation plus importante. (44)

I. 1. 3. Le diabète

3 à 4% de la population mondiale souffre de diabète de type 2. Il est en lui-même un risque de cécité, d'insuffisance rénale, de maladie cardiovasculaire, de troubles neurologiques, et entraîne une réduction de l'espérance de vie qui peut aller jusqu'à 10 ans. (15)

O. H. Franco et al (24), dans leur étude sur la réduction de l'espérance de vie chez les personnes diabétiques dans la population générale, constatent que cette dernière est diminuée de 7 ans et demi chez les femmes et d'un peu plus de 8 ans chez les hommes, comparée à celle des personnes non diabétiques.

Il majore le risque de complications cardiovasculaires par un facteur de 2 à 3 chez les hommes et de 3 à 6 chez les femmes. (31)

Le facteur de risque majeur de ce type de diabète est le surpoids et l'obésité, notamment l'obésité abdominale, suivi du tabagisme et d'un régime alimentaire pauvre en fibres. (15)

Une prise en charge adaptée nécessite une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires (alimentation plus équilibrée, activité physique régulière) possiblement associée à un traitement médicamenteux.

Le risque de développer du diabète est étroitement lié au surpoids. Ainsi, le risque de diabète est multiplié par 2 en cas d'obésité, et par 10 en cas d'obésité sévère (IMC supérieur à 40kg/m²). (44)

D. C. Goff et al. (26) se sont également servis de l'étude CATIE pour comparer le pourcentage de patients schizophrènes souffrant de diabète, à celui de la population générale. Ils ont constaté de manière significative que 13% des patients souffraient de diabète, contre 3% de la population générale.

Chez les patients souffrant de schizophrénie, la prévalence du diabète est multipliée par 4 à 6 selon les tranches d'âge : par exemple, pour les 15-25 ans : 2% des patients souffrent de diabète contre 0,4% de la population générale. Pour les 35-45 ans : 6,1% des patients souffrent de diabète contre 1,1% de la population générale. (15)

De plus, les patients schizophrènes ont un risque de diabète 2 à 3 fois plus élevé qu'un patient non schizophrène. (47)

Tout comme l'obésité, le risque n'est pas le même selon les neuroleptiques. Le risque de diabète est plus important sous antipsychotiques atypiques comparé aux antipsychotiques de première génération (risque multiplié par 1,3). (15, 31)

Le risque le plus grand serait sous clozapine et olanzapine, tandis que la rispéridone et la quétiapine présenteraient un risque plus faible. (15, 31)

L'origine de l'augmentation de la prévalence chez ces patients est multifactorielle. Elle implique des facteurs génétiques (les antécédents familiaux), des facteurs liés au style de vie (on rappelle que les conditions de vie des patients schizophrènes sont moins saines que celles de la population générale), des facteurs liés aux symptômes négatifs de la pathologie, et les neuroleptiques. Certaines études auraient également démontré que les antipsychotiques pourraient avoir un rôle sur la sécrétion d'insuline et la résistance à l'insuline. (7, 13)

H. A. Nasrallah (45) reprend les données de l'étude CATIE pour analyser la proportion de patients schizophrènes non traités pour le diabète. Ils constatent que 30,2% des patients schizophrènes diabétiques ne reçoivent pas de traitement.

A titre de comparaison, en France, la Haute Autorité de Santé rapporte que 81% des patients diabétiques en général sont traités par insuline ou antidiabétiques oraux. 19% ne reçoivent pas de traitements médicamenteux (29). Il est plus difficile d'évaluer, parmi ces 19%, ceux qui bénéficient de règles hygiéno-diététiques comme traitement de leur diabète.

Il ne semble pas exister de telles données, en France, spécifiquement pour les patients psychiatriques.

De la même manière, M. De Hert et al. (15) ont constaté dans leur revue de la littérature que 45,3% des patients ne seraient pas pris en charge. Ils ont également pu constater que ces patients recevraient un suivi de moins bonne qualité, avec moins d'examens de dépistage (ophtalmologique, rénal, contrôles réguliers de l'HbA1c ...)

De plus, l'acidocétose survient près de 10 fois plus chez les patients schizophrènes que dans la population générale.

I. 1. 4. L'hypertension artérielle

De manière similaire aux autres facteurs de risque cardiovasculaires, les patients schizophrènes souffrent significativement plus d'hypertension artérielle : 27% contre 17% dans la population générale, d'après les chiffres de l'étude CATIE. (26)

Pourtant M. De Hert et al. (13) expliquent dans leur revue de la littérature dans laquelle ils se penchent sur les maladies cardiovasculaires chez les sujets souffrant de maladies mentales sévères, qu'il n'y a pas d'association constante entre les patients souffrant de maladie mentale sévère et l'hypertension. En effet, même si les antipsychotiques, via la prise de poids, peuvent entraîner une hypertension artérielle, celle-ci peut être compensée par l'effet hypotenseur des neuroleptiques. Donc en pratique, cette variable est plus difficile à mesurer.

Pourtant, 62,4% des patients schizophrènes souffrant d'hypertension artérielle ne recevraient pas de traitement antihypertenseur. (45)

Pour se donner une idée, à titre comparatif, en France, la Haute Autorité de Santé rapporte que lorsque l'hypertension artérielle est connue, 82% des patients en général reçoivent un traitement médicamenteux. 18% ne seraient donc pas traités. Là encore, il est difficile d'évaluer les traitements par règles hygiéno-diététiques. (30)

I. 1. 5. Les dyslipidémies

Toujours à partir des chiffres de l'étude CATIE, D. C. Goff et al. (26) constatent que concernant le cholestérol total, les patients schizophrènes n'ont significativement pas un taux plus élevé que la population générale. En revanche, ils ont significativement moins de bon cholestérol (43,7% d'entre eux contre 49,3% de la population générale).

Sous neuroleptiques, M. De Hert et al. (13) constatent qu'ils ont effectivement moins de bon cholestérol (HDL) mais qu'au contraire ils ont plus de mauvais cholestérol (LDL).

Concernant l'effet global des neuroleptiques sur l'augmentation des triglycérides, ceux qui entraînent une plus grande prise de poids sont associés à une plus grande majoration des triglycérides.

Ainsi, la clozapine et l'olanzapine sont à risque élevé, alors que la rispéridone et l'aripiprazole sont à risque plus faible. (44)

Pourtant, H. A. Nasrallah et al. (45), qui étudient les taux de traitement de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète chez les patients schizophrènes à partir de l'échantillon de l'étude CATIE, font le constat suivant : 62,4% d'entre eux ne sont pas traités pour les dyslipidémies.

I. 1. 6. Le tabac

Les patients schizophrènes fument significativement plus que la population générale. En effet, selon les études, de 68% à 75% des patients schizophrènes fument, contre 25% à 35% du groupe contrôle qui ne souffre pas de maladie mentale. (26, 31)

S. Larry et al. (36), au cours de leur revue de la littérature, se posent la question de cette surconsommation de tabac. Outre le fait que la nicotine crée des dépendances, que l'on souffre de schizophrénie ou non, ils expliquent que la nicotine, en stimulant la libération de dopamine, permet aux patients de se sentir mieux, moins anxieux, d'améliorer leur capacité

de concentration et de diminuer les symptômes négatifs de la maladie et les symptômes extrapyramidaux.

I. 1. 7. Les maladies cardiovasculaires

Sont regroupées sous ce terme à la fois les pathologies coronariennes et les maladies cérébrovasculaires. Les facteurs de risque de ces maladies sont le tabac, l'obésité, l'hypertension, le cholestérol, et le diabète, auxquels s'ajoutent l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique et un faible statut socio-économique. (15)

Les patients schizophrènes sont à plus haut risque de complications cardiovasculaires que la population générale. Ils sont soumis aux mêmes facteurs de risque que la population générale, auxquels s'ajoutent les symptômes spécifiques de la maladie et les effets secondaires des traitements. La prévalence de ces complications serait 2 à 3 fois plus élevée chez les patients schizophrènes que dans la population générale. (15)

M. De Hert et al. (13) ont publié une revue de la littérature dans laquelle ils se penchent sur les maladies cardiovasculaires chez les sujets souffrant de maladies mentales sévères. Ils expliquent que les mécanismes par lesquels la maladie psychiatrique elle-même pourrait contribuer à la pathogénèse du risque cardiovasculaire sont encore méconnus : une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et des modifications immunologiques (cytokines) sont souvent constatées dans la psychose.

Les pathologies cardiaques

Concernant les pathologies coronariennes, elles constituent la principale cause de décès dans les pays développés, et tendent à devenir une des principales causes de décès dans le monde. Chez les patients schizophrènes, le risque de pathologie coronarienne est multiplié par 2 à 3,6 par rapport à la population générale. (15)

Concernant les arrêts cardiaques, les patients schizophrènes auraient un risque multiplié par 3 par rapport à la population générale, notamment à cause de l'allongement du QT (le risque de décès par troubles du rythme est plus grand pour un QT supérieur à 500 ms) lié aux neuroleptiques. (15)

Trois autres études non exhaustives se sont penchées sur les taux de mortalité constatés, selon chaque comorbidité, des patients schizophrènes, et les ont comparés aux taux de mortalité attendus dans la population générale.

Parmi elles : S. Brown et al. (5) et H. C. Harris et al. (27) réalisent chacun une méta-analyse basée sur une vingtaine d'articles, et U. Osby et al. (46) réalisent la troisième étude, basée sur plus de 9000 individus résidant à Stockholm, ayant été diagnostiqués schizophrènes entre 1973 et 1995.

Au total, le taux de mortalité des pathologies cardiaques des patients était de 1.12 à 2.3 fois supérieur à celui de la population générale.

Une revue de la littérature conduite par M. Maj (41) constate également que le taux d'hospitalisations des patients schizophrènes pour des cardiopathies ischémiques est plus faible que dans la population générale.

Dans cette revue de la littérature est citée une étude conduite en Australie qui fait le point sur le taux de mortalité par cardiopathie ischémique dans la population générale versus dans la schizophrénie.

Une baisse régulière du taux de mortalité par cardiopathies ischémiques a été observée dans la population générale.

En revanche, le taux de mortalité restait à peu près constant chez les hommes souffrant de troubles psychiatriques, et était en augmentation chez les femmes souffrant de ces mêmes troubles.

De fait, ils bénéficient moins d'interventions chirurgicales telles que les stents ou les pontages coronariens. (15)

Les pathologies cérébrovasculaires

Concernant les pathologies cérébrovasculaires, le risque semble être multiplié de 1,5 à 2,9 fois chez les patients schizophrènes comparé à la population générale. (15)

De hautes doses d'antipsychotiques sembleraient majorer le risque de mortalité. (15)

Paradoxalement, certaines études trouvent que le taux de mortalité des patients schizophrènes n'était pas significativement plus important que dans la population générale concernant les causes cérébrovasculaires. (5, 27, 46)

D. Lawrence et al. (38) se sont penchés sur cette question de l'inégalité des soins pour les patients souffrant de troubles mentaux sévères. Ils ont réalisé en 2010 une revue de la littérature regroupant près d'une centaine d'articles sur ce thème.

Ils constatent ainsi que les patients psychotiques ont moins de chance de recevoir les soins adaptés après un accident vasculaire cérébral tels que l'artériographie, ou les traitements recommandés dans de telles situations.

Il est bon de savoir que les causes cardiovasculaires (cardiaques et cérébrovasculaires), représentent la première cause de décès, toutes causes confondues, chez les patients schizophrènes. (5, 27, 46)

I. 1. 8. Influence des facteurs de risque cardiovasculaires sur la survenue des maladies cardiovasculaires

M. De Hert et al. (14) dans la seconde partie de leur grande revue de la littérature étudient l'impact des facteurs de risque cardiovasculaires (et de leurs variations) sur la survenue de maladies cardiovasculaires. Ils constatent ainsi qu'une diminution des facteurs de risque entraîne logiquement une baisse significative des risques de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. Cela renforce l'importance de la surveillance préventive de ces facteurs.

Table 3 Impact of various interventions on overall health (see 103-108)

Intervention	Impact on overall health
Maintenance of ideal body weight	35-60% ↓ CHD
Weight loss	
4-5%	Eliminate the need for antihypertensive medication in adults and elderly
5-7%	58% reduced risk for type 2 DM in adults
6-7%	Improvement of the MetS by decreasing LDL-cholesterol and fasting insulin
10%	Reduction of lifetime risk for heart disease up to 4% and increase of life expectancy up to 7 months
10% ↓ blood cholesterol	30% ↓ CHD
4-6 mm Hg ↓ high BP (>14/9 mm Hg)	16% ↓ in CHD and 42% ↓ in CVA
Stop smoking	50-70% ↓ in CHD
Maintenance of active lifestyle (at least 30 min walk daily)	35-55% ↓ in CHD (women) 18% ↓ in CHD (men) 27% reduction in CVA 40-50% ↓ in risk of cancer 33-50% ↓ in risk of developing DM

CHD – coronary heart disease; DM – diabetes mellitus; MetS – metabolic syndrome; BP – blood pressure; CVA – cerebrovascular accident

I. 2. Les comorbidités addictives

Les patients psychiatriques ont plus de comorbidités addictives que la population générale. (2)

Les prévalences de l'usage de substances chez les patients schizophrènes varient beaucoup selon les sources, oscillant de 30 à 50% sans prise en compte du tabac, et peut aller jusqu'à 70% lorsque le tabac est pris en compte (1).

De 20 à 70% des patients auraient consommé au moins une fois des substances toxiques dans leur vie (36), et globalement, 38% des patients schizophrènes auraient une polyconsommation de toxiques. (44)

De manière plus précise, 12 à 42% des patients auraient une consommation abusive de cannabis, ces chiffres sont de 15 à 50% pour la cocaïne, et de 2 à 25% pour les amphétamines. Les hallucinogènes et opioïdes seraient moins consommés. (44)

De plus, les patients schizophrènes souffrant de toxicomanie ont plus de comorbidités infectieuses telles que le VIH, hépatites B et C que ceux qui ne sont pas toxicomanes, à cause de la multiplication des comportements à risque. (44)

La consommation de toxiques chez ces patients entraîne également une majoration des symptômes psychotiques, une moins bonne compliance et de ce fait des rechutes plus fréquentes que chez les patients schizophrènes qui n'en consomment pas. (44)

Ce sont également des patients qui sont plus violents et avec plus de difficultés sociales. (44)

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette plus grande prévalence addictive chez les patients schizophrènes.

Une hypothèse serait que la prise de toxiques pourrait soulager certains symptômes chez certains patients tels que l'anxiété, les troubles du sommeil ou les hallucinations par exemple. Cependant, in fine, les toxiques majorent la symptomatologie.

Une seconde hypothèse serait liée au fait que les toxiques tels que l'alcool par exemple pourrait diminuer les effets secondaires gênants tels que l'akathisie ou les dyskinésies.

Une troisième hypothèse serait neurobiologique, où la schizophrénie et la toxicomanie auraient une base commune. Mais cela reste assez peu évoqué. (44)

I. 3. Les autres comorbidités

Deux grandes revues de la littérature abordent en détails ces comorbidités.

La première, déjà citée plus haut, est celle de M. De Hert et al (15), concernant les données épidémiologiques de comorbidités somatiques et de mortalité chez ces patients psychiatriques, regroupant un panel de 588 articles.

La seconde est réalisée par S. Leucht et al. (39) et comporte un panel de 286 articles datés entre 1966 et mai 2006, regroupant, pour la recherche sur MEDLINE, le terme de schizophrénie avec 23 catégories de maladies somatiques différentes afin d'étudier leurs associations.

I. 3. 1. Les infections

Les patients souffrant de maladies mentales sévères sont à plus haut risque d'infections virales chroniques, dont les plus fréquentes sont le VIH et les virus de l'hépatite B et C. (15, 39)

La prévalence de ces virus est plus élevée que dans la population générale, liée à une plus grande comorbidité addictive, plus de comportements sexuels à risque, et une moins bonne connaissance des mesures de prévention de ces virus. (15, 39)

Elle varie de 1,3 à 23,9% pour le VIH. Cette variabilité est probablement liée au fait que les études se sont déroulées dans différentes parties du monde, où la prévalence n'est pas la même selon les régions. (15, 39)

Pour exemple, la prévalence du VIH au sein de la population américaine est estimée à 0,6%.(39)

Pourtant, selon les études, moins de la moitié des patients (de 17 à 47%) aurait été testée pour le VIH durant l'année précédente. (15)

Les trithérapies sont également connues pour entraîner des anomalies métaboliques. Les patients cumulant ces traitements avec des psychotropes sont donc particulièrement à risque cardiovasculaires. (15)

De même, la prévalence est estimée, chez les patients schizophrènes, à 23,4% pour l'hépatite B et varie de 20 à 25% pour l'hépatite C, soit 5 à 11 fois plus que la population générale. (15) Ces chiffres sont évidemment variables selon les études, puisqu'ils dépendent du lieu où celle-ci a été réalisée.

Les patients schizophrènes souffrent significativement plus de tuberculose que la population générale, maladie qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner plus de 65% de décès. (15)

C'est un résultat qui a été retrouvé dans plusieurs études à travers le monde. Dans certains pays (la Roumanie par exemple), la cooccurrence est tellement fréquente qu'il existe des unités spécialisées pour les patients schizophrènes souffrant de tuberculose. (39)

Harris et al. (27) et U. Osby et al. (46) analysent le taux de mortalité lié aux infections chez les patients schizophrène et constatent qu'il est de 3.4 à 4.5 fois plus élevé que le taux de mortalité attendu dans la population générale.

I. 3. 2. Les atteintes respiratoires

Concernant la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), la prévalence est également plus élevée chez les patients schizophrènes : 15% des patients en souffriraient. (15)

De même pour l'asthme qui atteindrait 16% des patients schizophrènes. (15)

Une plus grande consommation de tabac est probablement en majeure partie à l'origine de ces chiffres.

Logiquement, du fait notamment de l'obésité, les patients schizophrènes souffriraient plus de syndrome d'apnée du sommeil. (39)

Les patients schizophrènes ont un risque plus élevé de détresse respiratoire et donc de ventilation mécanique. Ils ont globalement plus de symptômes respiratoires, et une moins bonne fonction pulmonaire. (15)

Concernant le taux de mortalité des patients schizophrènes lié aux causes respiratoires, il apparaît être de 2 à 3.2 fois supérieur au taux de mortalité attendu dans la population générale. (5, 27, 46)

I. 3. 3. Les cancers

Globalement, les résultats des études se contredisent dans les différentes revues de la littérature. Plusieurs études retrouvent une majoration du risque de cancer chez les patients

schizophrènes, tandis que d'autres concluent à une diminution du risque de cancer, quand un troisième type d'études constatent qu'il n'y a pas de différences avec la population générale. (15, 39)

Ces variabilités de résultats pourraient être expliquées par plusieurs facteurs.

Premièrement, les personnes souffrant de maladies mentales sévères bénéficient de moins de dépistage que la population générale.

Ensuite, comme expliqué précédemment, de nombreux patients décèdent prématurément, ne permettant pas d'évaluer l'apparition souvent plus tardive des cancers. (15)

Concernant le taux de mortalité des patients schizophrènes comparé à la population générale, les résultats se contredisent également, puisque le taux de mortalité des patients est multiplié, selon les études, de 0.8 à 1.1. (5, 27, 46)

I. 3. 4. Les atteintes digestives

Concernant les atteintes digestives, les résultats des différentes études sur leurs prévalences ne sont pas concluant : pour l'appendicite et les ulcères gastriques, les résultats des études menées se contredisent. (39)

Une petite étude menée sur 47 patients obtient une plus grande prévalence du syndrome de l'intestin irritable, mais à elle seule elle manque de puissance pour conclure. (39)

En revanche, D. Lawrence et al. ont pu constater au cours de leur revue de la littérature que les patients schizophrènes souffrant d'appendicite présentent plus de complications postopératoires, ou obtiennent de moins bons résultats lors de l'opération. (38)

De même, selon les études, le taux de mortalité des patients schizophrènes serait multiplié de 2 à 2.5 fois par rapport à celui de la population générale, pour toutes les étiologies digestives confondues. (5, 27, 46)

I. 3. 5. L'ostéoporose

Les patients schizophrènes ont une moins bonne densité osseuse que la population générale, entraînant un risque plus grand de développement de l'ostéoporose. (15)

Cet effet est en grande partie lié à leurs habitudes de vie : peu d'activité physique, abus d'alcool, alimentation déséquilibrée pauvre en vitamine D et en calcium ... (15, 39)

Une association possible entre antipsychotiques, prolactinémie et ostéoporose reste controversée. (15, 39)

De même, les données concernant les fractures ostéoporotiques associées aux psychotropes sont limitées et contradictoires. (15)

De plus, les patients schizophrènes sont moins dépistés que leurs pairs de la population générale du même âge. (39)

I. 3. 6. Les atteintes ORL

Une étude retrouve plus d'anomalies de l'oreille moyenne chez les patients schizophrènes que dans la population générale. (39)

Une étude réalisée sur 50 000 patients schizophrènes conclue que les patients schizophrènes souffriraient 1,8 fois plus de difficultés sévères d'audition. (39)

I. 3. 7. Les atteintes urologiques et obstétricales

Les dysfonctionnements sexuels sont fréquents dans la schizophrénie, et surtout plus fréquents que dans la population générale. Ils affectent 30 à 80% des femmes et 45 à 80% des

hommes. Ils sont responsables d'une impression négative du patient sur son traitement et constituent un facteur de risque de non observance. (15)

Ils peuvent être liés aux autres comorbidités somatiques ou à la maladie en elle-même, mais également aux effets secondaires des psychotropes. (15)

Ainsi, un classement des antipsychotiques (de celui qui donnerait le plus de dysfonctionnements sexuels à celui qui en provoquerait le moins) a été établi : la rispéridone arrive en tête, suivie de l'halopéridol, puis de l'olanzapine, puis de la clozapine, puis de la quétiapine, puis de l'aripiprazole. Les antipsychotiques de première génération en donneraient moins que la rispéridone mais plus que les autres antipsychotiques. (15)

Ces dysfonctions sexuelles seraient responsables d'une moins bonne qualité de vie avec moins d'intérêt pour les activités habituelles. (44)

Les patients schizophrènes souffriraient plus d'incontinence que la population générale. (39)

Quelques antipsychotiques provoquent une hyperprolactinémie, pouvant être responsable d'une galactorrhée et d'une aménorrhée. (39)

A propos de la grossesse chez les patientes schizophrènes, il existe une littérature abondante, montrant une plus grande cooccurrence de complications obstétricales majorées par les poursuites de consommation de toxiques tels que le tabac, l'alcool ou autres toxiques. Des troubles du comportement peuvent aussi être constatés, pouvant être liés aux traitements psychotropes qui sont limités durant cette période de la vie. (39)

Concernant la mortalité liée aux causes uro-génitales, le taux de mortalité des patients schizophrènes serait multiplié par un facteur allant de 1.8 à 2.3 selon les études, par rapport au taux de mortalité de la population générale. (5, 27, 46)

I. 3. 8. Les atteintes du système nerveux

Une partie des ces atteintes est liée aux effets secondaires neurologiques des neuroleptiques. La prévalence du syndrome extrapyramidal varie énormément selon les études (de 2 à 90%). Ces variations sont liées aux caractéristiques du patient (l'âge notamment), à la phase du traitement, aux différents antipsychotiques, et aux outils utilisés pour mesurer les symptômes. (39)

Pourtant, quelques études ont retrouvé la présence de symptômes moteurs chez des patients n'ayant jamais pris de traitements.

La prévalence de ces troubles moteurs augmentait avec l'âge des patients. (39)

Pour l'épilepsie, même si de nombreuses études ont démontré l'association entre épilepsie et apparition de schizophrénie secondaire, peu d'études se sont penchées sur l'association inverse. (39)

A propos de la maladie d'Alzheimer, les résultats des études sur une plus grande prévalence de cette maladie chez les patients schizophrènes, sont controversés. (39)

Concernant la douleur, il est établi que les patients schizophrènes ont une perception altérée de celle-ci, ce qui peut expliquer en partie les prises en charges somatiques plus tardives et moins efficaces. (39)

I. 3. 9. Les atteintes stomatologiques

Les patients schizophrènes ont une plus mauvaise hygiène buccodentaire que la population générale. (15, 39)

Elle peut être la source d'infections telles que les endocardites par exemple. (39)

Une étude a révélé que 42% de ces patients se brossaient les dents régulièrement, et que 34,1% des patients souffrant de troubles mentaux rencontraient des difficultés à manger du fait de leurs problèmes stomatologiques. (15)

De nombreux facteurs influencent cette hygiène buccodentaire, tels que le tabac, l'alimentation, la sévérité de la maladie mentale (l'humeur, la motivation, l'apragmatisme, l'incurie ...), l'éducation en hygiène buccodentaire. (15)

Les psychotropes ont leur part de responsabilité, puisqu'ils sont souvent responsables d'une hyposialorrhée voire de xérostomie, entraînant la formation de caries et de gingivites. (15)

Selon une étude, 31% de patients schizophrènes n'auraient pas consulté de dentiste dans les 3 années précédentes. (15)

I. 3. 10. Les maladies systémiques

S. Leucht et al. (39) ont constaté comme d'autres auteurs que les patients schizophrènes souffraient significativement moins de polyarthrite rhumatoïde que la population générale. Plusieurs hypothèses ont été avancées mettant en avant des suppositions génétiques et pharmacologiques.

Pourtant, il a également été constaté que les patients schizophrènes étaient moins sujets à des douleurs de dos ou à des rhumatismes, mettant plus en lumière le fait que ce taux diminué de polyarthrite rhumatoïde pourrait être lié à une moins grande sensibilité à la douleur plutôt qu'à une réelle diminution de la prévalence.

I. 3. 11. Les atteintes ophtalmologiques

Hormis les effets secondaires des neuroleptiques, aucune comorbidité particulière n'a été constatée dans la littérature. (39)

I. 3. 12. Les maladies endocriniennes

Hormis le diabète, il existe des anomalies thyroïdiennes chez les patients qui semblent être transitoires, et les cas de réelles maladies thyroïdiennes sont finalement rares. (39)

En revanche, les maladies endocriniennes, dont le diabète, sont responsables d'une surmortalité puisque le taux de mortalité des patients schizophrènes est multiplié par un facteur allant de 1.8 à 2.7 selon les études. (27, 46)

I. 3. 13. Les comorbidités hospitalières

A ces comorbidités s'ajoutent les complications liées à une hospitalisation.

M. Maj (41), au cours de sa revue de la littérature, constate que les patients schizophrènes souffrent plus d'événements indésirables que la population générale lors d'hospitalisations pour causes médicales ou chirurgicales, du fait d'une qualité des soins moins bonne. Il a été constaté une plus grande proportion d'infections suite à des soins médicaux, d'insuffisances respiratoires postopératoires, de complications thromboemboliques, ou de septicémies postopératoires.

I. 4. Comorbidités et disparité des soins : points clés

- ⇒ Les patients schizophrènes présentent plus de comorbidités cardiovasculaires que la population générale. Ils souffrent significativement plus de syndrome métabolique, d'obésité, de diabète et de dyslipidémie.

- ⇒ De fait, ils sont plus sujets aux complications cardiovasculaires (qui englobent les pathologies cardiaques et les pathologies cérébrovasculaires), qui représentent la première cause de mortalité chez ces patients.
- ⇒ Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce constat : le mode de vie de ces patients plus sédentaire et moins équilibré sur le plan alimentaire, les symptômes négatifs de la maladie, et les effets secondaires des traitements à savoir la sédation qui accentue la sédentarité et la majoration du syndrome métabolique.
- ⇒ Ils souffrent également plus d'infections telles que le VIH, les hépatites B et C ou la tuberculose, plus d'ostéoporose, plus de BPCO ou d'asthme, ils présentent plus de complications buccodentaires ou de complications obstétricales. Il existe également des comorbidités secondaires à la prise de neuroleptiques, tels que le syndrome extrapyramidal, l'hyperprolactinémie ou bien sur le syndrome métabolique cité précédemment.
- ⇒ Pourtant, il a été constaté qu'ils bénéficiaient de moins de traitements que la population générale notamment pour le diabète, l'hypertension artérielle et les dyslipidémies, et de moins de prise en charge pour les maladies cardiovasculaires ou les cancers par exemple, mettant en avant une certaine disparité des soins, qui a sa part de responsabilité dans cette surmortalité.
- ⇒ Les chiffres cités dans cette première partie sont pour certains à tempérer, car ils sont rapportés par une étude réalisée dans un pays en particulier. Cependant, ils sont tout de même représentatifs d'une tendance : celle d'un moins bon état de santé et d'une moins bonne qualité des soins chez ces patients que dans la population générale.

S. Leucht et al. (39) ont résumé ces comorbidités sous forme d'un tableau, illustrant les principales comorbidités des patients schizophrènes, et le degré de preuve concernant la majoration du risque de survenue d'une comorbidité spécifique.

Table 1. Summary of physical diseases which occur with increased or decreased frequency in schizophrenia according to our review

MeSH disease category	Physical disease with increased frequency in schizophrenia
Bacterial infections and mycoses	Tuberculosis (+)
Virus diseases	HIV (++), hepatitis B/C (+)
Neoplasms	Cancer in general (–)*
Musculoskeletal diseases	Osteoporosis/decreased bone mineral density (+)
Stomatognathic diseases	Poor dental status (+)
Respiratory tract diseases	Impaired lung function (+)
Nervous system diseases	Extrapyramidal side-effects of antipsychotic drugs (+), motor signs in antipsychotic naive patients (+), altered (reduced) pain sensitivity (+)
Urological and male genital diseases	Sexual dysfunction (+), prostate cancer (–)
Female genital diseases and pregnancy complications	Obstetric complications (++), sexual dysfunction (+), hyperprolactinemia related side-effects of antipsychotics (irregular menses, galactorrhea etc.) (+)
Cardiovascular diseases	Cardiovascular problems (++)
Skin and connective tissue diseases	Hyperpigmentation (+)†, rheumatoid arthritis (–)
Nutritional and metabolic diseases	Obesity (++), diabetes (+), metabolic syndrome including hyperlipidemia (+), polydipsia (+)
Endocrine system diseases	Thyroid dysfunction (+), hyperprolactinemia (+) (side-effect of a number of antipsychotics)

(++) very good evidence for increased risk (e.g. population-based studies), (+) good evidence for increased risk, (–) evidence for decreased risk.

The table does not list physical diseases that have only been shown to be related to the etiology of schizophrenia (e.g. influenza virus). There were no clearly increased rates of physical diseases in the categories 'parasitic diseases', 'digestive system diseases', 'otorhinolaryngological diseases', 'eye diseases', 'hemic and lymphatic diseases', 'congenital, hereditary, and neonatal diseases and abnormalities', 'immune system diseases', 'disorders of environmental origin', 'animal diseases', 'pathological conditions, signs and symptoms' or these diseases were listed in another category.

*The results on specific forms of cancer were mostly inconclusive due to contradictory results and limited power.

†A side-effect of chlorpromazine, probably not a problem of most other antipsychotics.

II. Retentissement sur la durée de vie

II. 1. L'espérance de vie

Si l'on étend la recherche aux patients souffrant de troubles mentaux en général, nous pouvons rapidement constater que finalement, l'ensemble des patients souffrant de maladies mentales sont sujets à une mort prématurée, comparé à la population générale, toute cause de décès confondue.

Une étude de cohorte menée par E. Björkenstam et al. (2) réalisée en Suède, basée sur plus de 6 millions de personnes, met en évidence un excès de mortalité des patients atteints de maladie mentale.

En effet, à la fin de la durée d'étude, 2,9% des patients souffrant de troubles psychiatriques sont décédés, contre 1,1% de la population générale.

Toutes maladies confondues, les patients les plus jeunes et les patients souffrant d'addictions étaient les plus touchés.

Concernant l'espérance de vie, une étude australienne réalisée par D. Lawrence et al. (37) en 2013, s'intéresse à celle de patients souffrant de divers troubles mentaux. Elle est construite à partir d'une base de données de quasiment 300 000 patients ayant été en contact avec les services de santé mentale entre 1983 et 2007. Sur ces patients, presque 48 000 d'entre eux sont décédés durant la même période.

D. Lawrence et al. décrivent ces résultats sous forme de tableaux, qui représentent l'espérance de vie des patients ayant été en contact récent avec la psychiatrie, par maladie et par sexe, et la différence entre leur espérance de vie et celle de la population générale.

Table 2| Life expectancy and difference in life expectancy for people in recent contact with mental health services in Western Australia 1985, 1995, and 2005, by primary psychiatric diagnosis and sex

Primary diagnoses	Years (95% CI)		
	1985	1995	2005
Males			
Western Australian population	73.1	75.4	79.1
Alcohol or drug disorders:			
Life expectancy	52.7 (51.1 to 54.4)	52.5 (50.8 to 54.2)	57.4 (56.0 to 58.9)
Difference	20.4 (18.7 to 22.1)	22.9 (21.2 to 24.6)	21.6 (20.1 to 23.1)
Schizophrenia:			
Life expectancy	58.6 (56.5 to 60.7)	60.0 (58.5 to 61.5)	62.7 (61.1 to 64.3)
Difference	14.5 (12.4 to 16.6)	15.4 (13.9 to 16.9)	16.4 (14.7 to 18.0)
Affective psychosis:			
Life expectancy	64.0 (61.7 to 66.3)	65.1 (63.3 to 66.8)	64.9 (62.9 to 67.0)
Difference	9.1 (6.7 to 11.4)	10.3 (8.6 to 12.1)	14.1 (12.1 to 16.2)
Depressive disorder:			
Life expectancy	60.7 (58.7 to 62.8)	62.0 (60.0 to 64.0)	63.8 (62.3 to 65.3)
Difference	12.4 (10.3 to 14.4)	13.4 (11.4 to 15.5)	15.3 (13.8 to 16.8)
All mental disorders:			
Life expectancy	59.6 (58.8 to 60.3)	60.8 (60.2 to 61.5)	63.2 (62.6 to 63.7)
Difference	13.5 (12.7 to 14.3)	14.6 (13.9 to 15.3)	15.9 (15.3 to 16.5)

Ils concluent alors au fait que, tous troubles mentaux confondus, les patients ont une espérance de vie de 13,5 ans plus courte en 1985, et de 15,9 ans plus courte en 2005.

Les patients souffrant d'addictions ont la plus petite espérance de vie, avec un écart de plus de 20 ans avec la population générale, quelque soit l'année de mesure durant l'étude.

Les patients schizophrènes n'échappent pas à ce constat, avec une espérance de vie plus courte de 14,5 ans en 1985, et 16,4 ans en 2005.

Pour eux, l'écart entre les espérances de vie citées se creuse, et ce malgré les progrès et les avancées de la médecine.

Une étude finlandaise réalisée par J. Tiihonen et al. (52) s'intéresse également à l'espérance de vie chez les patients schizophrènes, à partir d'une étude menée sur plus de 60 000 patients, inclus à partir de registres.

Même s'ils constatent également une diminution de l'espérance de vie de plus d'une vingtaine d'années chez les patients schizophrènes, ils ne trouvent pas de différences significatives entre l'espérance de vie en 1996 et 2006.

Pour eux, l'écart à ces deux dates entre les espérances de vie des patients et de la population générale n'est pas significatif.

Leurs résultats sont en accord avec d'autres études qu'ils citent et que l'on peut retrouver dans la littérature, qui décrivent une réduction de l'espérance de vie, chez les patients hommes, de 14 à 20 ans selon les études. Des résultats similaires sont obtenus chez les femmes. (31)

Concernant les grandes causes de décès, toute maladie mentale confondue, Lawrence et al. (37) constatent que le suicide arrive en tête (16,6% des patients), suivi des pathologies cardiaques ischémiques (14,4% des patients), puis des cancers (13,6% des patients), puis de la BPCO (6,4% des patients), puis des maladies cérébrovasculaires (5,7% des patients).

Pour les patients schizophrènes, cet ordre est similaire, hormis une inversion entre la BPCO et les maladies cérébrovasculaires.

Il est intéressant de noter que l'association des pathologies cardiaques ischémiques et des maladies cérébrovasculaires constituent la principale cause de décès chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, en accord avec les résultats cités plus haut.

II. 2. Taux de mortalité global

Pour les patients schizophrènes, toutes causes de décès confondues, les différentes études constatent un excès de mortalité comparé à la population générale.

En effet, le taux de mortalité de ces patients est, selon les études, de 1,5 à 2,8 fois supérieur au taux de mortalité attendu dans la population générale pour les hommes et de 1,4 à 2,4 fois supérieur pour les femmes. (5, 27, 46)

Une méta – analyse de 2007 conduite par S. Saha et al. (49) regroupant 37 articles de 25 pays différents, publiés entre 1980 et 2006 trouvent un taux de mortalité global chez les patients

schizophrènes (tout sexe confondu) toutes causes de décès confondues, équivalent à 2.6 fois le taux de mortalité global attendu dans la population général.

Les différentes causes de décès sont séparées en deux catégories.

Il existe les « causes non naturelles » (suicide, homicide et accidents) et les « causes naturelles » (les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies endocrines et métaboliques, les maladies digestives et urinaires ...).

Les taux de mortalité pour chaque cause « naturelle » ont été évoqués précédemment dans la partie qui évoque les comorbidités somatiques des patients schizophrènes.

Ces causes représenteraient 80% des causes de décès des patients schizophrènes, alors qu'elles représentent 97% des décès dans la population générale. (5)

Une des grandes causes « non naturelles » de décès est le suicide. Le taux de mortalité par suicide chez les patients schizophrènes comparé au taux de mortalité par suicide attendu dans la population générale est multiplié par un facteur allant de 9.5 à 15.7 fois selon les études. (5, 27, 46,)

En revanche, les causes cardiovasculaires restent, comme nous l'avons cité précédemment, la première cause de décès chez ces patients. (5, 27, 46)

U. Osby et al. (46) constatent également que la proportion de décès par causes naturelles était majoritaire chez les patients hospitalisés pour la première fois après 45 ans.

A l'inverse, les patients admis pour la première fois avant 45 ans décèdent plus de causes non naturelles, tel que le suicide.

II. 3. Variation du taux de mortalité sur les dernières décennies

L'espérance de vie dans la population générale est en augmentation constante.

Concernant les variations du taux de mortalité, et donc le retentissement sur l'espérance de vie, sur les dernières décennies des patients schizophrènes, les études sont partagées.

S. Brown et al. (4) ont conduit une étude sur 370 patients souffrant de schizophrénie. Ils ont analysé la mortalité sur 25 ans (de 1981 à 2006), afin d'étudier l'évolution de cette mortalité à travers le temps.

Ils obtiennent un rapport non significativement différent entre le taux de mortalité des patients schizophrènes et le taux de mortalité attendu dans la population générale au cours des dernières décennies.

Pour eux, ce taux de mortalité comparé à la population générale ne varie donc pas au cours des dernières années.

En revanche, S. Brown et al. (5), dans leur méta – analyse de 1997, regroupant 18 articles, citent une étude où existe une majoration de ce rapport entre les années 1970 et 1980, puis une diminution entre les années 1980 et 1990.

Pour eux, ce taux de mortalité comparé à la population générale varie donc dans un sens ou dans l'autre selon les années.

Enfin, S. Saha et al. (49) dans leur méta – analyse citée précédemment, regroupant 37 articles de 25 pays différents publiés entre 1980 et 2006, citent une étude où ils obtiennent comme résultat une augmentation significative du taux de mortalité des patients schizophrènes versus celui de la population générale au cours des dernières décennies.

Pour cette étude, l'écart se creuse donc entre le taux de mortalité de la population générale et celui des patients schizophrènes au cours des dernières décennies.

Ils émettent l'hypothèse que la désinstitutionalisation pourrait expliquer ces données, mais cela reste controversé. Ils évoquent également l'hypothèse du syndrome métabolique lié aux neuroleptiques de seconde génération, sans pouvoir pour le moment établir de lien de causalité.

II. 4. Neuroleptiques, mortalité et qualité de vie

Nous avons pu constater précédemment que les traitements neuroleptiques étaient responsables d'une majoration des facteurs de risque cardiovasculaires, auxquels s'ajoutent

les conditions de vie moins saines des patients et les symptômes de la maladie tels que l'apragmatisme, le repli etc ...

Ces facteurs de risque cardiovasculaires sont eux-mêmes responsables d'une majoration des comorbidités voire d'une surmortalité.

M. De Hert et al. (13) dans leur revue de la littérature, ont constaté à deux reprises au cours de deux études différentes que les sujets souffrant de maladie mentale sévère avaient un risque majoré de maladies cardiovasculaires, que ce risque était plus important sous neuroleptiques, mais que le lien de causalité n'avait pas été établi.

Une des deux études n'a pas constaté de différences entre les neuroleptiques classiques et atypiques.

Pourtant, il est important de rappeler que les neuroleptiques sont indispensables dans la prise en charge de la maladie, et il apparaît nécessaire de faire le point sur le taux de mortalité des patients schizophrènes et les neuroleptiques en eux-mêmes, qui restent évidemment un bénéfice pour le patient.

L'étude finlandaise réalisée par J. Tiihonen et al. (52) citée plus haut, ne s'intéresse pas uniquement à l'espérance de vie des patients schizophrènes, mais également au lien entre cette dernière et les prescriptions d'antipsychotiques atypiques.

Pour se faire, ils recrutent plus de 60 000 patients hommes et femmes, à partir de registres.

Entre 1996 et 2006, l'écart entre l'espérance de vie à 20 ans des patients schizophrènes et celle de la population générale est resté similaire, avec un écart de 25 ans en 1996 et un écart de 22,5 ans en 2006.

Cette étude met en parallèle les espérances de vie citées précédemment et l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération : ils représentent, en 1996, 12% des traitements antipsychotiques donnés aux patients schizophrènes, contre 64% en 2006.

Pourtant, l'espérance de vie en 2006 n'est significativement pas différente de celle de 1996.

Le type de neuroleptique (de première ou de seconde génération) n'a donc pas d'influence sur la mortalité puisque l'espérance de vie entre 1996 et 2006 est similaire alors que l'utilisation d'antipsychotique atypique a considérablement augmenté entre ces deux dates.

Elle conclue également qu'une dose cumulée sur le long terme (de 7 à 11 ans dans cette étude) de ces nouveaux neuroleptiques était associée à une mortalité plus faible qu'en l'absence de prise de traitements.

Ils retrouvent même une relation inversement proportionnelle entre la durée d'utilisation de ces traitements et la mortalité.

J. Bobes et al. (3) font également une revue de la littérature sur la qualité de vie des patients schizophrènes en général et lorsqu'ils sont traités par neuroleptiques. La qualité de vie englobe plusieurs critères tels que la qualité des activités pratiquées, le sentiment de bien-être, les relations interpersonnelles ...

Ils évoquent des difficultés à comparer précisément les études qu'ils ont sélectionnées puisque ces dernières n'utilisent pas forcément les mêmes échelles d'évaluation, mais également parce que dans la majorité des cas il s'agit d'auto-questionnaires et que les patients schizophrènes ne sont pas toujours aptes à évaluer leur propre qualité de vie.

Cependant, ils font globalement plusieurs constats :

- La qualité de vie des patients schizophrènes est de moins bonne qualité que celle de la population générale.
- Plus la maladie est longue et non stabilisée, pire est la qualité de vie.
- Les symptômes négatifs de la maladie et la dépression ont une influence négative sur la qualité de vie.
- Les patients intégrés dans la société ont une meilleure qualité de vie que les patients vivant en institution.
- Moins il y a d'effets secondaires des traitements, meilleure est la qualité de vie
- Les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques améliorent la qualité de vie.

Concernant la comparaison des antipsychotiques conventionnels et des antipsychotiques atypiques sur l'amélioration de la qualité de vie, les études concluent à des résultats différents. Certains auteurs ont tout de même constaté que l'amisulpride, l'aripiprazole, la clozapine, l'olanzapine, la quétiapine ou la rispéridone, entraînent une amélioration de la qualité de vie comparé à l'halopéridol. (3)

Concernant le retentissement négatif des effets secondaires sur la qualité de vie, la prise de poids, la perturbation du sommeil, la tachycardie, les dysfonctionnements sexuels, les tremblements, les troubles tensionnels et les troubles digestifs étaient souvent cités.

Pour les symptômes extra pyramidaux, les études se contredisent. (3)

Ils n'ont pas constaté de corrélation entre la qualité de vie et la posologie du traitement ou sa durée. (3)

A. Hofer et al. (33) ont réalisé une autre étude sur 80 patients schizophrènes pour évaluer leur qualité de vie. A l'inverse de J. Bobes et al. (3) ils n'ont constaté aucune différence en terme de qualité de vie, entre les antipsychotiques de première ou de seconde génération. En revanche, ils constatent également que l'akathisie, les troubles parkinsoniens ou les dysfonctions érectiles étaient associés à une plus faible estime de soi ainsi qu'à des affects négatifs.

II. 5. Sur-handicap lié aux comorbidités somatiques

L'état de santé de la population française est mesuré tous les deux ans par une étude menée par le ministère de la santé (57).

De nombreux indicateurs de santé sont alors évalués : la prévalence et l'incidence de diverses pathologies, le taux de mortalité global et le taux de mortalité infantile, les décès prématurés avant l'âge de 65 ans, l'état de santé ressenti subjectivement par la population, l'espérance de vie etc ...

Au vu des éléments décrits jusqu'ici, nous pouvons dire que ces indicateurs sont de moins bonne qualité chez les patients schizophrènes que dans la population générale.

Nous pouvons aussi intuitivement penser que ces problèmes somatiques ont également un retentissement sur le handicap psychique présent initialement, en aggravant les capacités fonctionnelles de ces patients ou leur qualité de vie.

Cependant, il est difficile de quantifier ce sur – handicap, même s'il apparaît évident, et il ne semble pas exister d'étude qui se soit penchée sur ce sujet.

II. 6. Retentissement sur l'espérance de vie : points clés

- ⇒ L'espérance de vie des patients schizophrènes est réduite de 15 à 20 ans selon les études, comparée à l'espérance de vie de la population générale, qui elle est en progression constante, mettant encore en avant un accès aux soins différents pour les patients schizophrènes, malgré la médecine et ses progrès.
- ⇒ Les études se contredisent quant à la variation du taux de mortalité des patients schizophrènes au cours des dernières décennies.
- ⇒ Une étude se penche sur le taux de mortalité et l'utilisation des neuroleptiques de seconde génération : l'apparition de ces traitements et leurs complications métaboliques ne semblent pas avoir majoré l'excès de mortalité au cours des dernières années. Au contraire, il est important de rappeler que les neuroleptiques permettent une meilleure qualité de vie de ces patients, et qu'en l'absence de prise de traitements, le taux de mortalité est plus important que chez les patients sous neuroleptiques.

III. Barrières à la détection et à la prise en charge de cette sur-morbidité

Nous avons vu jusqu'ici que les patients souffrant de troubles psychiatriques, et plus particulièrement de schizophrénie, souffraient dans l'ensemble d'une plus grande prévalence concernant les différentes comorbidités évoquées, d'une espérance de vie réduite, et d'une disparité dans les soins dispensés, comparée aux soins reçus dans la population générale.

Trois grandes hypothèses ont été évoquées dans la littérature pour expliquer ces différents constats : une première cause pourrait être le système de soins en lui-même. La seconde hypothèse avancée concerne les professionnels de santé. Enfin, la troisième raison pourrait être liée au patient et à sa pathologie.

III. 1. Hypothèses liées au système de soins

III. 1. 1. Séparation des soins somato-psychiatriques

D. Lawrence et al. (38) se sont penchés sur cette question de l'inégalité des soins pour les patients souffrant de troubles mentaux sévères. Ils ont réalisé en 2010 une revue de la littérature regroupant près d'une centaine d'articles sur ce thème.

Ils évoquent tout d'abord la séparation de la prise en charge pour les soins somatiques et psychiatriques, entraînant un manque de clarté sur le suivi somatique de patient : qui s'occupe de quoi ?

Cette séparation pose également la question de la communication entre les différents spécialistes intervenant dans la prise en charge. Chacun se concentrant sur sa spécialité, l'intrication des soins physiques et mentaux est mise à mal, tout comme la continuité des soins.

Un exemple marquant de cette séparation somatique/psychiatrique se trouve au sein même des articles de recherche médicale. (12)

En effet, les recherches effectuées dans le domaine de la psychiatrie ont souvent comme critères d'exclusion les maladies somatiques graves ou non stabilisées. De la même manière,

les recherches effectuées pour les maladies somatiques excluent souvent les patients souffrant de troubles psychiatriques graves.

III. 1. 2. Une barrière financière

M. De Hert et al. (14) ont réalisé une grande revue de la littérature dont la première partie était centrée sur les comorbidités des patients souffrant de troubles mentaux sévères. La seconde partie de cette revue, basée sur 150 articles, concernent les diverses barrières aux soins.

Une de ces grandes barrières est une barrière financière, avec un coût élevé pour une bonne intégration des soins somatiques et psychiatriques. De plus, 37% des 195 pays dans le monde n'ont pas de budget alloué aux soins de santé mentale, et 25% d'entre eux utilisent moins de 1% de leurs ressources dédiées à la santé pour la santé mentale.

III. 2. Hypothèses liées aux professionnels de santé

III. 2. 1. La stigmatisation

Du côté des soignants, les patients se retrouvent vite confrontés à la question de la stigmatisation. Certains soignants (et également une partie de la population) considèrent les patients souffrant de troubles mentaux, et notamment de schizophrénie, comme des êtres perturbateurs ou difficiles, voire même dangereux, et se font une image erronée de la psychiatrie. Le temps nécessaire à une bonne évaluation clinique somatique n'est donc pas suffisamment pris.

Lorsqu'un patient schizophrène consulte pour un problème somatique, il a été constaté que les équipes médicales ont tendance à se focaliser sur les symptômes psychiatriques, entraînant une moins bonne évaluation des symptômes physiques et de ce fait une qualité des soins diminuée. (14)

M. De Hert et al. (14) évoquent également les croyances erronées des professionnels de santé : certains d'entre eux pensent que les patients ne sont pas capables d'adopter un mode de vie sain, d'autres imaginent que la prise de poids est liée principalement aux effets secondaires des traitements, méconnaissance des risques cardiaques etc ...

Nombreux de ces éléments empêchent une prise en charge somatique adaptée de ces patients.

III. 2. 2. Psychosomatique

Les symptômes physiques sont aussi régulièrement attribués par les équipes médicales qui évaluent les patients, à des manifestations psychosomatiques. De ce fait, l'examen médical n'est donc de bonne qualité. (14)

III. 2. 3. Les compétences médicales

D. Lawrence et al. (38) constatent que sur le plan des compétences médicales des soignants, les psychiatres reconnaissent la nécessité du suivi somatique de leurs patients, mais admettent passer au second plan cette prise en charge pour deux raisons : la première étant qu'ils pensent qu'elle est assurée par un autre médecin, la seconde résidant dans le fait qu'ils ne se sentent pas compétents dans ce domaine.

De la même manière, une grande partie des médecins somaticiens se trouvent dans un certain inconfort vis-à-vis des malades psychiatriques et ne savent pas comment gérer ces patients qui demandent plus d'attention et plus de temps passés à leurs côtés.

Au total, de nombreuses maladies sont donc sous-diagnostiquées, ou diagnostiquées de manière trop tardive. (38)

A titre d'exemple, T. J. R. Lambert et al. (35) réalisent une revue de la littérature et constatent que, selon les études, environ 45% des patients ont une maladie somatique. Parmi eux, environ 47% n'ont pas été diagnostiqués par le médecin référent.

Parmi les médecins référents, 33% des non psychiatres sont passés à côté du diagnostic, contre 50% des psychiatres.

III. 2. 4. Un manque de communication

Le manque de communication et d'interaction entre les différents intervenants de la prise en charge est mis en avant dans plusieurs articles.

N. Younès et al. (55) ont réalisé une étude, à partir d'un questionnaire, permettant d'interroger les médecins généralistes sur leur degré de satisfaction concernant la communication avec les psychiatres.

Concernant les psychiatres privés, seuls 42,8% des généralistes étaient satisfaits de leurs relations professionnelles, 36,1% étaient insatisfaits et 11,7% très insatisfaits.

H. Verdoux et al. (53) ont réalisé une autre étude, également à partir de questionnaires, qui démontre que 70% des médecins généralistes n'ont jamais, ou de manière très irrégulière, eu de contact avec une équipe de santé mentale dans le public.

De plus, lorsque les patients consultent un psychiatre, 63% des médecins généralistes n'étaient pas, ou très peu, informés du diagnostic posé, et 58% d'entre eux n'étaient pas informés du traitement psychiatrique entrepris. (53)

III. 3. Hypothèses liées au patient et à sa pathologie

III. 3. 1. Le mode de vie

D. Lawrence et al. (38) évoquent le mode de vie des patients schizophrènes comme facteur de limitation aux soins. En effet, ces patients sont plus isolés sur le plan social et familial et manquent de soutien, d'accompagnement et d'étayage.

Une intégration sociale parcellaire réduit l'accès aux programmes de prévention et de dépistage. (51)

De la même manière, K. Wahlbeck et al. (54), dans leur étude de cohorte sur 5 ans, étudient l'espérance de vie de plusieurs milliers de patients souffrant de troubles mentaux. Ils évoquent comme déterminant de cette sur-morbidité le fait que ces patients sont souvent dans des situations professionnelles précaires, avec de plus faibles niveaux de vie, et souvent un niveau d'étude plus faible.

S. Brown et al. (6) ont publié une étude de cohorte sur 13 ans sur 370 patients. Leur but était d'observer les causes de surmorbidité et de surmortalité chez les patients schizophrènes. Ils ont également étudié la surmortalité selon le statut social. Ils ont ainsi pu constater que le taux de mortalité, toutes causes confondues, était plus important chez les personnes célibataires, ou sans emploi que leurs homologues mariés ou ayant un emploi.

III. 3. 2. Utilisation des soins mis à disposition

En reprenant l'étude de J. Cradock – O'Leary et al. (12) sur l'utilisation des services médicaux par les vétérans aux Etats – Unis, sur plus de 175 000 patients souffrant de divers troubles, ils ont pu constater que ceux souffrant de troubles psychiatriques consultaient moins que les autres, notamment en cas de maladie mentale sévère telle que la schizophrénie ou la maladie bipolaire, notamment chez les patients les plus jeunes. Ces consultations étaient encore plus rares en cas de comorbidités tels que le diabète, l'hypertension artérielle ou les addictions.

Pourtant, une étude réalisée par F. Casadebaig et al. (9) en France sur 3470 patients schizophrènes, révèle qu'une hospitalisation pour un problème physique était 2 fois plus fréquente chez les patients schizophrènes que dans la population générale.

L'hospitalisation en soins somatiques survenait plus fréquemment lorsque les patients étaient hospitalisés en psychiatrie que lorsqu'ils étaient inclus dans l'étude en suivi ambulatoire.

Cette étude observe également que les consultations sont 2 fois plus fréquentes chez le médecin généraliste, et 1,5 fois plus fréquente pour les consultations chez le spécialiste.

Cette étude compare également les patients schizophrènes à un sous groupe de patients comparable sur le plan socio-économique. Concernant la fréquence des consultations chez le

généraliste ou le spécialiste, il n'y a pas de différences significatives entre les 2 groupes, en revanche, les patients schizophrènes sont tout de même plus souvent hospitalisés.

Une revue de la littérature conduite par M. Maj (41) sur la santé somatique des personnes atteintes de schizophrénie, constate, a l'inverse, dans une étude prospective conduite au Royaume Uni, que même si les symptômes cardio-vasculaires et respiratoires (angor, sécrétions bronchiques, dyspnée et sifflements bronchiques) étaient significativement plus fréquents chez les patients schizophrènes, le taux moyen de consultations chez le médecin généraliste était environ 2 fois moins important que dans la population générale.

Une autre étude conduite au Royaume Uni par R. Heun (32), fait le point, sur 12 ans, sur le nombre d'hospitalisations en soins somatiques des patients schizophrènes comparé à la population générale.

Il peut ainsi dire que, comparé au groupe contrôle, les patients schizophrènes consultent plus souvent aux urgences, que la durée de leurs hospitalisations sont plus de deux fois plus longues et qu'ils sont plus souvent admis à l'hôpital.

Ces chiffres sont très contradictoires et montrent bien que l'accès aux soins est dépendant de l'organisation des soins qui est elle-même propre à chaque pays.

III. 3. 3. Verbalisation des symptômes

M. De Hert et al. (14) expliquent les difficultés de prise en charge somatique d'une part à cause de la difficulté d'utilisation des soins somatiques mis à disposition, ainsi que par des difficultés des patients à verbaliser leurs symptômes, difficultés liées notamment aux troubles cognitifs ou aux éléments délirants et dissociatifs. Tous ces éléments entraînent un retard dans le diagnostic, rendant les prises en charge plus difficiles par la suite.

Un faible insight de la maladie voire un déni des troubles, des difficultés à voir un médecin autre que leur psychiatre, et un seuil augmenté de résistance à la douleur aident également à comprendre pourquoi une grande partie des maladies somatiques seraient sous diagnostiquées.

Pour exemple, une étude (36) a révélé que seul 23% des 102 patients admis consécutivement dans une unité aigue de soins médicaux a été capable de décrire correctement et précisément leur douleur ou leurs symptômes.

De plus, seuls 22% des 83 diagnostics posés étaient en accord avec la description initiale des symptômes par le patient.

Enfin, il a également été mis en évidence des difficultés pour ces patients schizophrènes de se souvenir de leur maladie somatique : uniquement 14% des patients inclus étaient capables de citer le diagnostic 2 ans après, rendant une fois de plus le suivi de ces patients délicat.

Cependant, il serait intéressant de comparer ces chiffres à ceux de la population générale, ce qui n'est pas précisé dans l'étude.

III. 3. 4. Observance

Un autre élément de difficulté réside dans l'observance aux traitements administrés.

Plusieurs études ont montré un manque de compliance globale aux prises en charge entreprises, que ce soit dans la prise des traitements ou dans la régularité du suivi. (41)

Ainsi, une bonne évaluation de la balance bénéfices – risques est primordiale, pour ne pas entreprendre de prises en charge qui pourraient s'avérer dangereuses en cas de non-observance. Devant la crainte des médecins somaticiens, parfois injustifiée, de cette non – observance, les traitements somatiques ne sont certaines fois même pas proposés aux patients schizophrènes.

De ce fait, ces patients subissent moins de procédures cardiaques invasives en cas de maladies cardiovasculaires, moins d'artériographies cérébrovasculaires, un suivi moins bon en cas de cancer, et une moins bonne prise en charge de maladies comme le diabète par exemple. (41)

III. 4. Barrières aux soins : points clés

- ⇒ Une première barrière réside dans le système des soins en lui-même, avec une séparation de la psychiatrie et des soins somatiques, appuyée par des difficultés de communication entre les deux parties, et un manque de clarté sur la place de chacun

dans la prise en charge somatique des patients. De plus, l'aspect financier renforce les barrières avec un manque de moyens et de personnels pour assurer un suivi correct pour ces patients. Concernant cet aspect financier, l'impact des ressources personnelles du patient est également un facteur limitant.

- ⇒ Une seconde barrière est liée aux professionnels de santé. Les patients psychiatriques sont stigmatisés et même s'ils représentent effectivement des patients difficiles à prendre en charge, ils sont victimes d'une image erronée. De plus, leurs plaintes somatiques sont vite attribuées à une origine psychosomatique, entraînant des examens cliniques de moins bonne qualité. De plus, les psychiatres sont mal à l'aise avec la prise en charge somatique, et inversement.
- ⇒ Enfin, le patient et sa maladie constituent un facteur limitant d'accès aux soins. La verbalisation des symptômes est plus difficile, le seuil de la douleur est plus élevé, ce sont des patients plus isolés et avec de plus faibles niveaux socio-économiques. De plus, la balance bénéfice risque est à peser avant l'initiation d'un traitement somatique, devant un patient qui va très probablement présenter des difficultés d'observance. Certains traitements peuvent donc être dangereux si la prise en charge et le soutien ne sont pas suffisamment étoffés pour l'accompagner et permettre un réel engagement dans les soins.

M. De Hert et al. (14) ont résumé ces grandes barrières de soins en un tableau récapitulatif, par catégories : les barrières liées au patient et à sa pathologie, celles liées aux traitements, celles dues aux professionnels de santé et celles causées par le système de soins.

Table 1 Barriers to the recognition and management of physical diseases in patients with severe mental illness (SMI)

Patient and illness-related factors	Treatment-related factors	Psychiatrist-related factors	Other physician-related factors	Service-related factors
Not seeking adequate physical care due to symptoms of the SMI (e.g., cognitive impairment, social isolation and suspicion) (13)	Deleterious impact (e.g., obesity, type 2 DM, CVD, hyperprolactinaemia, xerostomia) of psychotropic medication on physical health (14)	Tendency to focus on mental rather than physical health (15) with infrequent baseline and subsequent physical examination of patients (13)	Stigmatization of people with mental disorders (7,13,17,21)	Financial barriers, especially in developing countries (16), paucity of funding in some countries of general somatic care for patients with SMI (7)
Difficulty comprehending health care advice and/or carrying out required changes in lifestyle due to psychiatric symptoms and adverse consequences related to mental illness (e.g., low educational attainment, reduced social networks, lack of employment and family support, poverty, poor housing) (12,14,17,18)		Poor communication with patient or primary care health workers (15)	Physical complaints regarded as psychosomatic symptoms (2)	High cost of (integrated) care (19)
Severity of mental illness (SMI patients have fewer medical visits, with the most severely ill patients making the fewest visits) (20)		Physical complaints regarded as psychosomatic symptoms (2)	Suboptimal and worse quality of care offered by clinicians to patients with SMI (7,17,33-38).	Lack of access to health care (17,19,22,23)
Health risk factors and lifestyle factors (e.g., substance abuse, poor diet, smoking, lack of exercise and unsafe sexual practices) (2,20,24,25)		Suboptimal and worse quality of care offered by clinicians to patients with SMI (7,17,32-38). Lack of assessment, monitoring and continuity of care of the physical health status of people with SMI (2,14,39-41)	Lack of assessment, monitoring and continuity of care of the physical health status of people with SMI (2,14,39-41)	Lack of clarity and consensus about who should be responsible for detecting and managing physical problems in patients with SMI (2,7,14)
Less compliant with treatment (26,27,28)		Guidelines perceived as a threat to autonomy, not well known or not clinically accepted (43)	Unequipped or underfunded teams to handle behavioural and emotional problems of patients with SMI (46)	Fragmentation or separation of the medical and mental health systems of care, lack of integrated services (2,7,17,29)
Unawareness of physical problems due to cognitive deficits (30,31) or to a reduced pain sensitivity associated with AP medication (30,31)		Lack of knowledge regarding medical issues (47)	Complexity and time intensity of coordinating both medical and psychiatric medications (17)	Under-resourcing of mental health care that provides little opportunity for specialists to focus on issues outside their core specialty (2)
Migrant status and/or cultural and ethnic diversity (42)		Erroneous beliefs (SMI patients are not able to adopt healthy lifestyles, weight gain is mainly adverse effect of medications, lower cardiac risk medications are less effective)(45)		Lack of health insurance coverage (7,17)
Lack of social skills (13) and difficulties communicating physical needs (44)		Unequipped or underfunded teams to handle behavioural and emotional problems of patients with SMI (46)		

DM – diabetes mellitus; CVD – cardiovascular disease; AP – antipsychotic

IV. Quelles solutions possibles pour une meilleure intégration des soins somato-psychiatriques ?

IV. 1. Recommandations

L'AFSSAPS (58) et D. Saravane et al. (50) élaborent des recommandations pour le suivi cardiométabolique des patients sous neuroleptiques, à partir de recommandations pré – existantes.

M. De Hert et al. (13, 14), dans deux de ses revues de la littérature, dont une qui a été réalisée en collaboration avec l'European Association for the Study of Diabetes et l'European Society of Cardiology, rejoint les deux autres articles cités sur le suivi et le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires chez les patients souffrant d'une maladie mentale sévère.

En effet, est souvent mis en avant le fait qu'une grande partie de l'excès de mortalité est liée à des facteurs de risque modifiables, facilement dépistables par des tests de mesure simples, peu coûteux et facilement reproductibles.

Nous l'avons vu, les patients présentant des problèmes graves de santé mentaux ont des difficultés d'accès aux services de santé. Les psychiatres sont donc souvent les mieux placés pour coordonner l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire.

Il est très important de faire une première évaluation initiale, avant l'instauration de tout traitement, afin que d'éventuelles modifications en cours de traitement puissent être constatées et surveillées.

Anamnèse et bilan pré - thérapeutique

Le premier point général des recommandations consiste à réaliser un interrogatoire minutieux, au début de la prise en charge du patient, pour recueillir les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les facteurs de risque préexistant, également sur le plan personnel et

familial, mesurer les valeurs mesurables (tension artérielle, poids, glycémie etc ...), et réaliser un bilan biologique de base avec un électrocardiogramme.

Chez les patients dont les tests initiaux sont normaux, il est recommandé de mesurer à nouveau ces facteurs à 6 et 12 semaines après l'instauration du traitement, puis environ une fois par an.

Le tabac

Les fumeurs doivent être encouragés à arrêter, et peuvent pour cela être aidés de substituts nicotiniques et d'une prise en charge addictologique.

Le poids

Le poids est un élément clé tant sur son impact sur le risque cardiovasculaire que sur la qualité de vie des patients, et indirectement sur l'observance aux traitements.

Il est nécessaire de peser le patient, et de mesurer son tour de taille abdominale, régulièrement, soit environ tous les trimestres.

Le tour de taille abdominale est un meilleur indicateur du risque de maladie cardiovasculaire et du syndrome métabolique que le poids en lui même.

Un IMC supérieur à 25 Kg/m² ou un tour de taille supérieur à 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes doit conduire à des mesures hygiéno-diététiques pour perdre du poids.

Une intervention rapide doit être effectuée chez des patients en surpoids à l'initiation du traitement ou qui présentent des signes de prise de poids précoce sous antipsychotiques.

Les patients doivent ainsi être éduqués sur le moyen d'adopter un mode de vie sain, et quels retentissements cela peut avoir sur leur santé.

Le diabète et la glycémie à jeun

L'organisation mondiale de la santé a défini le diabète comme un taux de glucose à jeun supérieur ou égal à 7 mmol/L (126 mg/dL). Le diagnostic doit être confirmé par une seconde mesure.

Les patients psychiatriques souffrant de diabète devraient être régulièrement reçus par un diabétologue, et bénéficier d'un suivi régulier, comme tout patient diabétique (glycémie, HbA1c, examens ophtalmique et rénal ...).

Les patients souffrant d'un trouble de la glycémie à jeun (glycémie comprise entre 6,1 et 7 mmol/L) courent un risque élevé de développer un diabète et une maladie cardiovasculaire. Une surveillance plus étroite doit donc être réalisée.

Une glycémie doit être mesurée avant l'instauration du traitement, puis à 12 semaines, puis annuellement.

Le cholestérol et les lipides

Encore une fois, les mesures hygiéno-diététiques sont primordiales dans la prévention d'apparition de troubles lipidiques ou en cas de valeurs trop élevées de ces mesures.

Il est conseillé de manger des viandes maigres, du poisson, et de favoriser les graisses insaturées d'origine végétale ou marine plutôt que les graisses saturées.

Une exploration d'une anomalie du bilan lipidique doit être réalisée avant l'instauration du traitement puis annuellement. L'AFSSAPS conseille un bilan seulement tous les 5 ans.

La tension artérielle

Elle doit être mesurée avant l'instauration du traitement, à 3 mois, puis annuellement, pour des valeurs cibles strictement inférieures à 140/90 mmHg.

Encore une fois, des mesures hygiéno – diététiques aident à maintenir des chiffres tensionnels corrects : l'arrêt du tabac, la diminution de la consommation de sel, la perte de poids et l'activité physique peuvent suffire.

Style de vie

Si la modification du style de vie ne permet pas d'amélioration de ces facteurs de risque, un traitement adapté devrait alors être introduit.

Si les modifications des facteurs de risque cardiovasculaires sont trop néfastes, un changement du traitement neuroleptique devra être envisagé.

L'électrocardiogramme

Il doit être réalisé avant l'initiation de tout traitement, à 1 mois, puis annuellement.

Bien sur, la fréquence de réalisation est à adapter selon les comorbidités cardiovasculaires et l'état clinique du patient.

Saravane et al. (50) ont mis dans leur article un petit tableau récapitulatif des éléments de surveillance cardiométabolique, et la fréquence de surveillance.

Tableau 4 Recommandations de suivi^a.

	To	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestrielle	Annuelle
Histoire personnelle/familiale	x					x
Poids et IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Evaluation d'une anomalie lipidique	x			x		x
ECG ^b	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

^aLa fréquence des intervalles peut être plus rapprochée en fonction des données cliniques.

^bUn ECG de base est fortement recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardiovasculaire.

Autres éléments de surveillance

Hormis les éléments cardiovasculaires, d'autres éléments font partie des éléments de base et de surveillance, telles que les fonctions thyroïdiennes, hépatiques et rénales.

M. De Hert et al. conseillent également d'avoir une mesure de base de la prolactine, avec une surveillance par la suite à adapter selon les patients (dysfonction sexuelle, aménorrhée, galactorrhée ...).

Puis, tout suivi sera à adapter en fonction des comorbidités avérées de chaque patient, en les réorientant vers les professionnels spécialisés adaptés.

IV. 2. Modifications du mode de vie

Les patients ne connaissent pas forcément l'impact de leur mode de vie sur leur santé.

Une petite étude de 24 semaines, réalisée sur 60 patients schizophrènes constate que les patients ayant reçu une éducation sur l'hygiène de vie avait perdu 2,3 kg, alors que ceux du groupe placebo n'ayant reçu aucune information, avaient pris 2,7 kg. (44)

Il semblerait cependant que les différentes études analysant les différentes méthodes pour aider à la perte de poids des patients schizophrènes (thérapie cognitivo-comportementale, éducation sur l'alimentation et l'activité physique, régimes hypocaloriques ...), ne se déroulent que sur quelques semaines, au mieux sur 2 ans. Durant cette courte période, les patients semblent effectivement perdre du poids, mais grâce à un accompagnement régulier et fréquent. Il serait intéressant de voir si les patients continuent à appliquer ces méthodes sur du plus long terme, et d'évaluer ainsi leur efficacité dans la durée. (18, 19)

Quoiqu'il arrive, les mesures hygiéno – diététiques devraient être une partie intégrante du traitement et de la prise en charge, tout comme les mesures préventives. (14)

IV. 3. L'éducation des patients

Comme nous l'avons décrit plus haut, les patients schizophrènes ont des difficultés d'accès aux soins liées à l'intrication de différents facteurs médico-sociaux.

Les mesures d'éducation psycho-sociales aident le patient à avoir un meilleur fonctionnement psychosocial. (20, 38)

Cela permettrait au patient de mieux comprendre sa maladie, les facteurs qui jouent sur sa santé et le système de soins, et améliorer l'observance, que ce soit pour la prise en charge psychiatrique mais également pour l'aspect somatique.

Ainsi, en améliorant l'observance aux traitements et à la prise en charge somatique, il existerait une meilleure prise en charge globale, avec un patient acteur dans les soins. (14)

Concernant le mode de vie, la psychoéducation joue un rôle majeur dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires modifiables. Les patients ne possèdent souvent pas toutes les connaissances pour changer de style de vie, et n'ont pas forcément conscience de leur impact sur leur santé. Elle peut être faite par les professionnels de santé mais pas seulement : la famille et l'entourage peuvent également jouer un rôle étayant pour le patient. (13, 14)

Des « guidelines » précises et simples pourraient être mises en place pour les patients schizophrènes. (20)

IV. 4. Le système des « case manager »

Certaines études (38) décrivent le « case manager » comme un soignant (qui peut être un infirmier ou une assistante sociale par exemple) qui serait régulièrement en contact avec un patient précis, à la fois par téléphone et en consultation. Ce soignant aurait pour rôle d'informer le patient, de renforcer l'éducation thérapeutique sur les maladies au cours du

temps, de faciliter l'accès aux soins somatiques en cas de nécessité, de réaliser des visites à domicile régulières, et de coordonner les différents intervenants médico-sociaux.

L'objectif ultime du case management est de favoriser la globalité et la continuité des soins et de permettre que les différents opérateurs du système soient accessibles pour le patient. Il favorise la réadaptation et améliore la qualité de vie du patient et de sa famille. L'optimisation du parcours de soin mise à part, il garantit une amélioration de la qualité du suivi clinique. (48)

L'idée de base de ce « case manager » serait une prise en charge pas à pas avec le patient, afin d'adapter le mieux possible les soins en fonction des besoins du patient : suivi, dépistage, traitements ... (16)

Les bénéfices principaux de ce type de prise en charge sont une réduction du nombre d'admissions à l'hôpital, une amélioration de la qualité de vie du patient, et une meilleure utilisation des services de santé communautaires. (21)

De manière plus précise, S. J. Ziguras et al. (56) ont réalisé en 2000 une méta - analyse regroupant 44 études qui comparent deux possibilités de guider des soins.

La première consiste en un « case manager » qui évalue les besoins, qui coordonne les soins et les accès aux différents services, et qui surveille également la santé mentale du patient et son fonctionnement social.

La seconde est constituée d'une équipe plus fournie permettant un soutien plus intensif : il s'agit de groupes composés de deux personnes ou plus, qui sont responsables de moins de patients, permettant un meilleur accompagnement au quotidien.

Sur plusieurs critères, ces deux types d'accompagnement des soins se sont avérés plus efficaces que lorsqu'il n'y avait pas d'accompagnement.

En effet, il a été constaté une plus grande amélioration clinique, plus de contact avec les services de santé somatique et les services de santé mentale, un meilleur fonctionnement social, une plus grande satisfaction des soins de la part du patient et de sa famille, un cout total des soins plus faible. Le nombre de jours d'hospitalisation total restait également plus faible.

Concernant les deux possibilités d'accompagnement des soins, l'accompagnement plus intensif permettait un meilleur fonctionnement social et une réduction du nombre total de

jours d'hospitalisation. En revanche, il n'y avait pas de différences dans l'amélioration clinique ni dans la fréquence de consultations des services de santé.

IV. 5. Une population fragile

M. D Hert et al. (14) évoque le fait que l'Etat et les services de santé devraient s'attacher à encourager la prévention, le dépistage et le traitement des problèmes de santé généraux de ces patients. Afin d'y contribuer et de sensibiliser les professionnels de santé à ce problème, ils évoquent l'idée selon laquelle cette population devrait être reconnue comme une population fragile dans le domaine de la santé. Cela rappellerait à tous les professionnels de santé les difficultés générales de ces patients à se soigner, et la nécessité de les examiner comme n'importe quel autre patient, même si cela demande plus de temps et d'attention.

IV. 6. La « dé-stigmatisation »

M. De Hert et al. (14) abordent une autre notion importante à prendre en compte pour améliorer l'accès aux soins : la « déstigmatisation » des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Pour cela, il faudrait moins d'opposition des services de santé somatique à prendre en charge les patients psychiatriques, en favorisant des interventions à visée informative ou éducative, permettant une meilleure connaissance des maladies psychiatriques et des patients qui en souffrent. Le but étant d'éliminer les croyances erronées autour de cette spécialité.

IV. 7. L'aspect financier

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence des troubles mentaux varie 4,3 à 26,4%, et moins de 40% de ces personnes consulteraient un professionnel de santé à ce sujet. Les coûts directs et indirects liés aux traitements des troubles mentaux, ainsi qu'à la perte de productivité et de qualité de vie sont aussi très importants.

Pour exemple, ces coûts sont estimés à 51 milliards de dollars en 2003 au Canada.

L'identification d'alternatives plus économiques doit être recherchée pour améliorer l'accès aux soins de ces patients, et permettre un parcours coordonné de soins, alliant un suivi psychiatrique et somatique. (22)

L'aspect financier est donc lui aussi un point à revoir. Il faudrait en effet le budget nécessaire pour les campagnes d'éducation, pour l'évaluation de la santé, et pour les centres hospitaliers. Or, dans les pays développés, ces budgets sont assez faibles, voire inexistant. (14)

IV. 8. L'éducation des professionnels de santé

Certaines études proposent une « mise à niveau » régulière des psychiatres concernant la prise en charge somatique. (35)

D'une manière générale, les professionnels de santé, tant du côté psychiatrique que du côté somatique, devraient être régulièrement informés sur les fragilités somatiques de ces patients, afin d'encourager à une surveillance plus accrue, notamment sur le plan cardiovasculaire.

Ainsi, les professionnels de santé mentale seraient mieux formés à la surveillance clinique de leurs patients et pourraient ainsi participer à la prise en charge somatique, et ceux de la santé physique seraient mieux formés au dépistage, à la prévention et aux traitements des maladies somatiques des patients psychiatriques. (14)

Au-delà des formations, qui n'ont finalement pas toujours démontré leur efficacité (25) il est nécessaire de mettre en place une culture partagée entre professionnels, à travers différents partenariats. Cela permettra de travailler ensemble, mais avec des rôles propres pour un travail commun : améliorer les soins des patients schizophrènes et psychiatriques en général.

IV. 9. La collaboration entre professionnels de santé

Une meilleure collaboration et une meilleure communication entre les différents spécialistes impliqués dans la prise en charge pourraient également participer à une amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques.

Un partage de connaissances et de savoirs aiderait les uns et les autres à être plus à l'aise. (20)

De même, si le psychiatre découvre des facteurs de risque cardiovasculaires ou une aggravation de ceux-ci, un diabète ou autres complications somatiques, il devrait transmettre ces informations au médecin traitant du patient mais également s'assurer que ce dernier est suivi par les spécialistes nécessaires. (14)

En milieu hospitalier, les consultations de liaison ont été mises en place, permettant une prise en charge plus globale en aigu. Ainsi, en général à la demande des différents services, des psychiatres ou des spécialistes se déplacent au lit du patient pour une consultation et donnent leurs avis à la fois diagnostique et thérapeutique. (43)

M. De Hert et al. (14) évoquent une politique commune somato-psychiatrique pour des soins coordonnés vers un même objectif : l'amélioration de la santé physique de ces patients au long cours.

Druss et al. (17) ont réalisé aux Etats Unis une étude portant sur 120 patients suivis en psychiatrie en ambulatoire. Ils ont ainsi constitué 2 groupes dans lesquels les patients étaient randomisés. Le premier groupe est basé sur le modèle de soins intégratifs, où la responsabilité médicale est assurée par le service de psychiatrie : ils s'occupent ainsi de l'éducation du patient, de la prévention, du contact avec les équipes de santé. Le second groupe était réorienté sur la clinique de médecine générale.

Au total, ils ont ainsi constaté que les mesures de prévention et de surveillance cardio – vasculaires, les vaccinations et l'éducation sur le mode de vie, étaient réalisées de manière plus assidue chez les patients randomisés dans le groupe des soins intégratifs, 1 an après la randomisation. Ils étaient en meilleure santé physique d'après les échelles de santé utilisées dans l'étude.

Les patients de ce groupe là étaient également plus satisfaits en ce qui concerne la continuité des soins, la coordination des différents spécialistes et l'accès aux soins.

Afin d'illustrer d'autres possibilités d'amélioration, citons 3 exemples d'organisation des soins somatiques pour les patients psychiatriques : la France, l'Angleterre et le Canada.

IV. 10. Exemples de la France, de l'Angleterre et du Canada

IV. 10. 1. La France : des changements en cours

Historique et organisation actuelle des soins

M. Coldefy (10) a écrit un article qui met en parallèle l'évolution des dispositifs de soins psychiatriques dans 4 pays.

En France, historiquement, la surmortalité constatée au sein de l'institution asilaire a été un déclic et a contribué à la prise de conscience d'un changement radical de l'offre de soins. Ainsi est né le secteur psychiatrique, qui prône une organisation de l'offre hospitalière publique sur la base d'une sectorisation géographique, grâce à une équipe plurisectorielle. La mise en place de structures ambulatoires a été effective.

C'est seulement dans les années 80 que se développe l'intégration des services de psychiatrie à l'hôpital général, et une activité consultative de liaison auprès des services de médecine. L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales et des personnes souffrant de troubles psychiques.

Cependant, en 2010, les deux tiers des lits de psychiatrie se situent dans des établissements spécialisés.

Concernant l'offre de soins ambulatoires, le suivi des patients de secteur repose sur les centres médico-psychologiques, auxquels s'ajoutent des possibilités d'hospitalisations partielles, des centres d'activité thérapeutique à temps partiel, des hôpitaux de jour, des équipes mobiles de psychiatrie etc ...

Cependant ces centres ne bénéficient pas de la présence d'un médecin généraliste par exemple, ou d'une activité consultative d'autres spécialistes.

La politique du médecin traitant en France a été instaurée en 2004 dans l'idée d'un parcours de soins coordonnés.

En effet, ce médecin a pour rôle de coordonner l'ensemble des soins reçus par son patient. C'est lui qui l'oriente si nécessaire vers un médecin spécialiste « correspondant » ou un service hospitalier.

Il centralise les informations : antécédents, résultats d'examens, traitements...

Il dispose ainsi d'une vision globale de l'état de santé de son patient.

Il peut être un spécialiste ou un généraliste, bien que dans 99,5% des cas les patients ont choisi un généraliste.

Ainsi, les offres de remboursement sont minorées pour les patients qui consultent directement un spécialiste sans passer par leur médecin traitant, exception faite des gynécologues, des dentistes, des ophtalmologues, stomatologues et des psychiatres, qui restent en « accès direct » pour les patients.

Les soins somatiques en psychiatrie : état des lieux

En 2010, l'ARS a réalisé une enquête (8) sur les soins somatiques en psychiatrie en Ile de France. Ce recueil avait pour objectif de procéder à un état des lieux des dispositifs en place dans cette région. Ils ont publié leurs résultats sous forme de tableaux, mais il ne semble pas exister de compte rendu rédactionnel de cette étude.

Sur 30 établissements qui ont accepté de répondre, 17 étaient des centres hospitaliers généraux, 13 étaient regroupés sous le titre « autres établissements » comprenant 11 établissements publics de santé mentale, 1 établissement privé d'intérêt collectif, 1 établissement privé non lucratif.

Sur le plan de l'organisation hospitalière, sur les 17 centres hospitaliers généraux, 13 avaient un personnel spécifiquement affecté à la prise en charge somatique des patients psychiatriques. Il n'y a pas de description précise de cette prise en charge spécifique dans l'enquête mais il semble s'agir, dans la quasi-totalité des cas, de médecins généralistes. Seuls les établissements comprenant au total plus de 300 lits d'hospitalisation complète comprenaient des spécialistes.

La totalité des « autres établissements » étaient pourvus de personnel spécifique à la prise en charge somatique, qu'il s'agisse de médecins généralistes, ou de spécialistes pour les établissements d'au moins 100 lits d'hospitalisation complète.

Concernant la prise en charge des urgences vitales, tous les établissements sont pourvus d'une procédure, et cette prise en charge est généralement assurée par un médecin somaticien dans les centres hospitaliers généraux et par un psychiatre (interne ou sénior) dans les « autres établissements ».

Sur le plan de l'organisation en ambulatoire, quelques établissements possèdent plus de deux demi-journées par semaine de consultations externes de médecine générale ouvertes à des personnes souffrant de pathologies mentales non hospitalisées, mais ils restent peu nombreux.

Concernant la prévention (hygiène alimentaire, addictions, contraception, prévention dentaire etc ...), tous les établissements mettent en œuvre des moyens d'action spécifiques grâce à l'équipe médicale et paramédicale du service, mais également, selon les établissements, grâce à des intervenants tels que des diététiciennes, des ergothérapeutes, des addictologues.

Globalement, l'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant de pathologies mentales restait une problématique répandue au sein des établissements. Chacun d'entre eux s'est organisé pour une prise en charge de la meilleure qualité possible, en développant des structures internes de soins somatiques, ou des unités de psychiatrie de liaison, ou des politiques de sensibilisation et de partenariat avec les généralistes. (61)

En revanche, il est souligné un défaut de relais pour assurer la continuité des soins somatiques des patients tout au long du parcours de soin. (61)

Globalement, selon les lieux, les ressources, les territoires, plusieurs solutions de coordination des soins sont possibles, mettant en évidence une certaine créativité et un pragmatisme des différents acteurs de soins, pour permettre aux patients schizophrènes d'acquérir peu à peu une qualité de soins équivalente à la population générale.

IV. 10. 2. Le Québec ; des réseaux intégrés de service

Au Québec, le système sanitaire est en train d'être réformé depuis 2004 (22, 23).

Le plan santé mentale (60) mis en place est basé sur le principe que les personnes présentant des troubles mentaux sévères ont plus souvent besoin d'une gamme diversifiée de services, et, comme nous l'avons vu plus haut, présentent souvent plus de difficultés à identifier leurs besoins.

L'objectif est donc d'améliorer l'accès aux soins pour répondre à une demande de soins croissante tout en respectant les contraintes budgétaires.

Ainsi, des alternatives plus économiques et plus efficaces ont été mises en place, reposant sur la consolidation des soins primaires et des services dispensés dans la communauté, ainsi qu'une optimisation de l'intégration du dispositif de soins.

De ce fait, ont été créés les Réseaux Intégrés de Services, qui reposent sur la hiérarchisation des soins.

Au sein de ces réseaux, les médecins généralistes sont mis en avant, et sont les premiers interlocuteurs des patients. Ils constituent la voie d'entrée dans les services spécialisés et sont les principaux dispensateurs de soins. L'idée, au sein de cette réforme, serait que les médecins généralistes pourraient prendre en charge les patients souffrant de troubles mentaux stabilisés. Les patients seraient ainsi moins stigmatisés, bénéficieraient d'une meilleure proximité de soins, d'un accès plus facile à ces services, et surtout seraient pris en charge à la fois sur le plan mental mais également sur le plan somatique.

En psychiatrie, les réseaux intégrés de services ont pour objectif la collaboration, permettant une coordination entre les médecins généralistes, les psychiatres et les équipes psychosociales. Ils visent une réorganisation de l'ensemble du système de soins, afin de mieux coordonner les structures, les pratiques et les trajectoires de soins.

Concrètement, au sein de ces réseaux intégrés de services, ont été créés les réseaux locaux de services.

En santé mentale, ces réseaux locaux regroupent plusieurs éléments :

- les centres de santé et de services communautaires, créés lors de la réforme, qui regroupent eux-mêmes un centre hospitalier de soins spécialisés et généraux, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres locaux de services. Ils constituent le cœur du réseau local de services.

- des médecins de famille

- des pharmacies
- des organismes qui s'occupent de l'hébergement, de l'intégration au travail etc ...
- des ressources privées (praticiens, psychologues ...)
- des partenaires d'autres secteurs d'activité (addictologie, centres de réadaptation ...)

Ainsi, les médecins généralistes peuvent adresser leurs patients dans les centres de santé et de services communautaires pour une prise en charge psychosociale par exemple ou pour consulter un spécialiste en cas de nécessité. Des psychiatres répondant ont également été nommés au sein de chaque réseau local de services pour soutenir les médecins généralistes et développer les soins de collaboration.

Une enquête (22), réalisée par M.J. Fleury et al., montre que les médecins généralistes, par ce système, ne réfèrent qu'une minorité de patients souffrant de dépression ou d'anxiété. Concernant les troubles graves de santé mentale, ils font appel aux psychiatres pour des cas jugés plus graves, nécessitant une évaluation diagnostique ou thérapeutique. Lorsque ces patients sont stabilisés, l'enquête semble montrer que les médecins généralistes en assument le suivi.

Malgré tout, il persiste des entraves à la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes, à savoir : le manque de formation et de connaissances de ces médecins sur la psychiatrie, la prise en charge souvent complexe et multidirectionnelle de ces patients (somatique, sociale, psychiatrique, addictologique ...) qui demande plus de temps, et de fait de ce système de hiérarchisation : la surcharge de patients pour ces médecins généralistes qui risquent ainsi d'être trop peu nombreux.

IV. 10. 3. L'Angleterre : une intégration somato-psychiatrique historique

Historiquement (40, 59), en Angleterre, le National Health Service (soit le service public de santé) est créé en 1948.

Initialement, ce système offrait une couverture médicale entièrement gratuite pour tous, sans critère de sélection ni de condition de cotisation. Ce système était financé directement sur le budget général de l'état, et non sur un budget particulier.

La Grande Bretagne a été ainsi le premier pays au monde à proposer à ses citoyens ce genre de service public de santé entièrement gratuit et ouvert à tous.

Par la suite, pour des raisons budgétaires, ce système a été modifié.

Aujourd'hui, les hospitalisations et les consultations chez le généraliste restent gratuites, en revanche les médicaments, certains « soins personnels » et les soins dentaires ou ophtalmiques sont payés - dans des proportions variables - par le patient.

Là encore, le système repose sur les médecins généralistes puisque toute personne souhaitant bénéficier des services et de la gratuité du National Health Service doit être inscrite auprès d'un généraliste. Pour accéder aux services d'un spécialiste, ou une hospitalisation (sauf urgence), un patient doit être envoyé par son généraliste référent.

De ce fait, environ 90% des patients en Angleterre ont un médecin généraliste référent enregistré, qui contrôle l'accès aux soins spécialisés. (34)

De plus, plus de 40% des patients compteraient principalement sur leur médecin généraliste pour leurs traitements médicaux et psychiatriques. (21)

Concernant la psychiatrie, M. Colfey (10) décrit l'organisation des soins psychiatriques en Angleterre qui a subi de grands changements avec l'arrivée des neuroleptiques dans les années 50, permettant de prendre en charge les patients autrement qu'en hospitalisation. Ainsi, apparaissent les premiers services ambulatoires libres et une diminution du nombre d'hospitalisations complètes.

La création du National Health Service associé à un climat politique et social favorable, va amener à la fermeture progressive des anciens hôpitaux psychiatriques, avec dans un second temps, une proposition d'intégration de ces services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

En 1959, le Mental Health Act abolit la distinction entre hôpitaux psychiatriques et hôpitaux généraux et encourage le développement des soins dans la communauté. Les soins psychiatriques hospitaliers deviennent alors une composante des services des hôpitaux généraux.

Ainsi, depuis deux décennies, 112 hôpitaux psychiatriques sur 126 ont été fermés, avec la création de structures d'hébergements non hospitalières plus ou moins médicalisées.

En 1995, une augmentation du financement des services de santé et une actualisation des lois de santé mentale prévoit la surveillance du suivi des patients hors de l'hôpital. Des « Local

Implementation Team » sont créées associant à la fois les élus locaux, les offreurs de soins publics et privés, les représentants des usagers et des proches.

Elles sont renforcées en 2000 par des équipes généralistes de santé mentale, composées d'un ou plusieurs médecins, d'infirmiers, d'assistantes sociales, de thérapeutes ... Les patients leur sont adressés par le médecin généraliste. Elles sont chargées des consultations individuelles, parfois à domicile.

En plus de ces équipes, trois autres équipes sont constituées : des équipes de résolution de crises et de soins intensifs à domicile chargées d'éviter les hospitalisations, des équipes prenant en charge les patients difficiles, non observant ou désocialisés, et des équipes de dépistage et d'intervention précoce des troubles psychiques.

Il serait intéressant d'évaluer l'état de santé des patients psychiatrique au Royaume – Uni : vont – ils mieux qu'en France ? Quels sont les inconvénients d'un tel système ? Sont – ils mieux surveillés sur le plan somatique ?

IV. 11. Changements possibles : points clés

- ⇒ Plusieurs possibilités de changements pour une amélioration de la prise en charge somatique des patients schizophrènes existent. Cela passe par l'application des recommandations de suivi, par l'éducation des patients et la modification de leur mode de vie, mais également par la formation et l'information des professionnels de santé, en favorisant surtout le partenariat entre les acteurs des soins pour une culture partagée, et par l'amélioration des accompagnements des patients en étoffant les prises en charge. Une des problématiques à améliorer réside également dans les contraintes budgétaires.
- ⇒ Finalement, une certaine flexibilité dans l'organisation des soins est de mise. En effet, chaque territoire s'organise de manière assez indépendante pour trouver des solutions à ce problème à tous les niveaux possibles, avec leurs ressources et leur créativité.

M. De Hert et al. (14) ont illustré les solutions qu'ils proposent pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques, sous forme d'un tableau récapitulatif.

Table 5 Recommended system and individual level actions to address identified gaps in the assessment and treatment of physical health in patients with severe mental illness (SMI)

System level actions	Individual level actions
Designate the population with SMI as a health disparity population	Take responsibility for the physical health of the SMI patient
Educate the health care community	Screen the patient's personal and family history at baseline to identify high-risk patients and to ensure early detection of changes in critical parameters
Train the health care community	Adopt ongoing surveillance methods
Improve access to and care of physical health of the SMI population	Use an algorithm, monitoring form, or risk chart during the patient's screening
Reduce stigma and discrimination	If weight gain (> 5% of initial weight), glucose abnormalities, hyperlipidaemia, or other adverse effects during therapy occur, consider switching to medications with lower risk profiles
Bridge the collaboration gap between physical and mental health care and promote a policy of coordinated and integrated mental and physical health care for persons with SMI	Communicate monitoring findings to the primary care teams and specialist services, including diabetology, endocrinology and cardiology
Address funding for these necessary service improvements	Forge stronger collaborations with these medical specialists and other health care professionals
	Include lifestyle modifications into education and treatment programs for SMI patients, incorporating nutrition, exercise and behavioural strategies
	Strive to encourage and improve the patient's adherence to both psychiatric/medical and behavioural interventions
	Support wellness, personal empowerment and individual responsibility to enable healthy choices for recovery, and promote individual efforts

V. Etude

V. 1. Introduction

Nous l'avons vu au travers la revue de la littérature, la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires et des maladies cardiovasculaires est plus importante chez les patients schizophrènes que dans la population générale, pour plusieurs raisons.

Cela est lié d'une part à leur mode de vie plus sédentaire et à une alimentation moins équilibrée, d'autre part aux symptômes négatifs de la maladie tels que l'apragmatisme, le repli autistique, ou encore l'isolement social, et enfin aux traitements neuroleptiques qui sont également à l'origine du syndrome métabolique.

Pourtant, ces patients bénéficient d'une moins bonne prise en charge que la population générale de ces facteurs de risque, et sont moins surveillés ou dépistés.

Au Centre Hospitalier de Versailles, la problématique du suivi somatique chez les patients schizophrènes représente une réelle préoccupation. Par exemple, au sein du service de psychiatrie, un travail sur la coopération entre médecins généralistes et psychiatres a conduit à l'écriture de recommandations sur les échanges d'informations (11), recommandations qui sont à présent utilisées pour les échanges de courriers et les compte rendus de consultations. De même une coordination systématique est réalisée avec le médecin traitant du patient lors de tout passage dans la filière des urgences.

Autre exemple, au Centre Médico Psychologique (CMP) est mise en place une surveillance du syndrome métabolique par les infirmiers référents, problématique qui va être au cœur de notre étude. Au CMP, tous les patients ne sont pas suivis par un infirmier référent. Ceux qui bénéficient d'une telle prise en charge sont des patients qui vont, par définition, avoir besoin de plus de soins et d'une prise en charge plus étoffée que les autres, et pour lesquels un suivi infirmier régulier est nécessaire. Cette décision est prise en équipe, devant le tableau clinique des patients et en évaluant les potentielles difficultés qu'il pourrait présenter et pour lesquelles un accompagnement infirmier pourrait y pallier.

Concernant la surveillance du syndrome métabolique, l'idée d'un suivi par les infirmiers référents est venue petit à petit. Initialement, il y a plusieurs années, étaient surveillés les patients sous neuroleptiques qui prenaient du poids. Puis, avec la prise de conscience générale des problèmes somatiques au sein de cette population et la multiplication des publications

autour de ce sujet, une surveillance préventive a été instaurée. La formalisation de cette prévention existe depuis environ 4 ans.

Cette étude a donc plusieurs objectifs.

Le premier objectif est d'évaluer si les patients suivis par des infirmiers référents sont effectivement mieux dépistés sur le plan cardiovasculaire que les patients ne bénéficiant pas de prise en charge par les infirmiers. Cela permettrait de mettre en évidence des voies d'amélioration de ces prises en charge en ambulatoire.

Le second objectif est centré sur la prise en charge somatique d'une manière plus générale. Le but est d'évaluer la qualité du suivi somatique des patients schizophrènes par le médecin généraliste, et la connaissance des comorbidités somatiques et de leurs traitements par le psychiatre. La collaboration et la communication entre psychiatres, médecins généralistes et autres spécialistes va être indirectement évaluée.

Enfin, nous pouvons nous poser la question de la « gravité » des patients inclus dans le premier groupe : bénéficient – ils effectivement de prises en charges plus étoffées (suivi psychologique, suivi social, hôpital de jour ...) ? S'agit – il de patients présentant le plus de facteurs de mauvais suivi somatique comme ceux cités dans la revue de la littérature : un isolement social ou familial, une problématique addictive, une hygiène de vie dégradée ... ?

V. 2. Matériel et Méthode

L'étude a été réalisée au CMP du Centre Hospitalier de Versailles (l'hôpital André Mignot), correspondant au secteur 78G17, à partir de 164 dossiers de patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, ayant consulté au moins une fois un psychiatre au CMP durant l'année 2014. Il s'agit de la totalité de la file active en 2014.

Un questionnaire a été réalisé, en accord avec la chef de service et la responsable du CMP, afin de recueillir toutes les données nécessaires à l'étude, dans les dossiers : les caractéristiques des patients ainsi que les mesures mises en œuvre pour le dépistage et la surveillance du syndrome métabolique et du suivi somatique en général.

Les informations ont été cherchées sur la page de renseignements présente en début de dossier, dans les courriers et compte-rendus d'hospitalisation ainsi que dans les notes prises par les infirmiers et les médecins lors des consultations.

Tous les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif ont été inclus.

Deux groupes ont été formés. Le premier groupe est constitué de 91 patients bénéficiant d'une prise en charge au CMP par un infirmier référent. Le second groupe comprend 73 patients qui ne sont pas pris en charge par un infirmier référent.

Ces deux groupes ont été comparés grâce au test statistique du Chi 2 (seuil de significativité : $p < 0,05$).

V. 3. Comparaison des deux groupes

Pour rappel, le groupe 1, groupe dont les patients sont suivis par un infirmier référent, comporte 91 patients. Le groupe 2, groupe dont les patients ne bénéficient pas de prise en charge par un infirmier référent, comporte 73 patients. (Tableau 1)

Les deux groupes étaient comparables sur le plan de la répartition des hommes et des femmes entre chaque groupe, avec une proportion bien plus importante d'hommes dans les deux groupes.

La moyenne d'âge est comparable dans les deux groupes avec une moyenne de 47,4 ans pour le groupe 1, et de 47,6 ans pour le groupe 2 ($p = 0.928$ selon le test de Student).

Les deux groupes sont également comparables en ce qui concerne la répartition des deux types de pathologie incluses dans cette étude : la schizophrénie et le trouble schizo affectif.

Les patients schizophrènes étaient les plus nombreux dans les deux groupes.

Concernant le mode de vie des patients, nous avons fait le choix de regrouper les patients qui ne vivent pas seuls avec les patients veufs. En effet, ces derniers ont bénéficié d'une vie en couple, témoignant d'une bonne qualité d'insertion sociale et de la possibilité d'un étayage familial.

A propos de leur lieu de vie, du type d'emploi exercé et de leurs revenus, les deux groupes étaient également comparables. Au sein des deux groupes, la majorité des patients n'exerçaient pas d'activité, et touchaient l'AAH.

Les patients du groupe 1 sont significativement plus traités par injection retard que les patients de l'autre groupe.

Nous aborderons les autres différences significatives entre les deux groupes un peu plus tard.

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients.

	Groupe 1		Groupe 2		TOTAL		Chi 2
Sexe							
Femmes	31	34%	16	22%	47	29%	0,087284
Hommes	60	66%	57	78%	117	71%	0,087284
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Age							
Moins de 20 ans	0	0%	0	0%	0	0%	-
De 20 à 29 ans	12	13%	7	10%	19	12%	0,474333
De 30 à 39 ans	14	15%	13	18%	27	16%	0,677459
De 40 à 49 ans	28	31%	21	29%	49	30%	0,780717
De 50 à 59 ans	17	19%	20	27%	37	23%	0,184463
De 60 à 69 ans	17	19%	10	14%	27	16%	0,392486
Plus de 70 ans	3	3%	2	3%	5	3%	0,736103
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Pathologie							
Schizophrénie	66	73%	58	79%	124	76%	0,304770
Trouble schizo affectif	25	27%	15	21%	40	24%	0,304770
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Traitements (plusieurs possibles mais tous les patients étaient sous neuroleptiques per os et/ou retard)							
Neuroleptique d'action prolongée	55	60%	12	16%	67	41%	<0,00001
Neuroleptique per os	64	70%	65	89%	129	79%	0,003654
Autres (antidépresseur / thymorégulateur / anxiolytique)	62	68%	58	79%	120	73%	0,103934

Mesures de protection							
Tutelle & curatelle	46	51%	22	30%	68	41%	0,008364
Aucune	38	42%	44	60%	82	50%	0,018431
Non renseigné	7	8%	7	10%	14	9%	0,665729
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Prise en charge							
100%	86	95%	71	97%	157	96%	0,385753
100 % + CMU	5	5%	2	3%	7	4%	0,385753
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Mode de vie							
En couple / marié / PACS / veuf	15	16%	6	8%	21	13%	0,115463
Célibataire	72	79%	66	90%	138	84%	0,049146
Non renseigné	4	4%	1	1%	5	3%	0,262676
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Lieu de vie							
Vit seul	43	47%	36	49%	79	48%	0,792792
Vit en couple / chez sa famille	40	44%	24	33%	64	39%	0,148309
Institution	6	7%	11	15%	17	10%	0,076801
Non renseigné	2	2%	2	3%	4	2%	0,823076
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Emploi							
Sans activité	58	64%	45	62%	103	63%	0,782908
ESAT	11	12%	9	12%	20	12%	0,962637
Travail en milieu ordinaire	9	10%	11	15%	20	12%	0,313854
Autre	4	4%	2	3%	6	4%	0,574564
Non renseigné	9	10%	6	8%	15	9%	0,712193
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

Revenus							
AAH	62	68%	43	59%	105	64%	0,221060
Salarié / Autre type de revenus	24	26%	22	30%	46	28%	0,593921
Non renseigné	5	5%	8	11%	13	8%	0,197983
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Addictions							
Alcool / tabac / cannabis / cocaïne / héroïne / médicaments / autre	35	38%	17	23%	52	32%	0,037955
Aucune	6	7%	8	11%	14	9%	0,320065
Non renseigné	50	55%	48	66%	98	60%	0,160692
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

V. 4. Résultats

V. 4. 1 Premier objectif : suivi métabolique et infirmiers référents

Le rôle de l'infirmier référent

Par définition, les infirmiers référents sont présents pour accompagner les patients dont ils ont la prise en charge dans différentes démarches (Tableau 2).

Des entretiens infirmiers sont réalisés chez tous ces patients, de manière plus ou moins formelle selon les prises en charge : cela peut être autour de la prise de traitements par exemple, ou dans le bureau infirmier.

La mesure des constantes est effectuée chez les patients à qui ils administrent un traitement, qu'il s'agisse d'une injection retard de neuroleptique, de la réalisation d'un pilulier ou d'une administration quotidienne de médicaments à des patients qui se déplacent au CMP tous les jours par exemple.

Ils mesurent, une fois par trimestre, le périmètre abdominal, la tension artérielle et le poids. Ils enregistrent ces mesures dans un logiciel adapté, afin de surveiller ces paramètres du syndrome métabolique.

Les trois autres paramètres (glycémie, bilan lipidique et électrocardiogramme) sont prescrits par le médecin (psychiatre ou généraliste).

Les infirmiers référents ont également accompagné en 2014, 6 patients chez leur médecin traitant, et 6 patients chez un spécialiste.

Suivi somatique mis à part, ils assurent également les visites à domicile, permettant d'évaluer l'environnement des patients, de rencontrer leurs familles etc ... et de maintenir ainsi un lien avec eux, en prévention d'une potentielle rupture de soins.

Des entretiens téléphoniques sont aussi réalisés pour certains patients dans ce but là.

Cela permet d'anticiper et de garder un contact avec les patients.

Au CMP, ils sont 6 infirmiers pour s'occuper de tous les patients, dont la file active des 164 patients schizophrènes. Cela correspond à une moyenne de 27 à 28 patients schizophrènes par infirmier référent.

Tableau 2. Action des infirmiers référents.

Actions des infirmiers référents	Groupe 1	
Injection retard	56	62%
Pilulier	34	37%
Visite à domicile	41	45%
Entretien téléphonique	21	23%
Accompagnement chez le médecin traitant	6	7%
Accompagnement chez un spécialiste	6	7%
Mesures des constantes	77	85%
Autres accompagnements (visites de lieux de vie...)	19	21%

Infirmier référent et suivi somatique

Tableau 3. Surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires.

Surveillance cardiovasculaire	Groupe 1		Groupe 2		Total		Chi 2
Tension Artérielle	86	95%	15	21%	101	62%	<0,00001
Poids	87	96%	14	19%	101	62%	<0,00001
Périmètre Abdominal	80	88%	13	18%	93	57%	<0,00001
ECG	45	49%	22	30%	67	41%	0,012399
Dyslipidémie (bilan lipidique + glycémie)	49	54%	32	44%	81	49%	0,202549
Associations variées de la surveillance des facteurs de surveillance cardiovasculaire							
<i>Eléments de surveillance médicaux sans éléments de surveillance infirmiers :</i> Glycémie + dyslipidémie + ECG	1	1%	3	4%	4	2%	0,214175
<i>Eléments de surveillance infirmiers sans éléments de surveillance médicaux :</i> Tension Artérielle + Périmètre abdominal + Poids	27	30%	0	0%	27	16%	<0,00001
<i>Totalité des éléments de surveillance :</i> Tension Artérielle + Périmètre abdominal + Poids + Glycémie + ECG + dyslipidémie	24	26%	1	1%	25	15%	<0,00001
<i>Patients ayant au moins reçu une surveillance des éléments infirmiers :</i> Tension Artérielle + Périmètre abdominal + Poids + autres éléments complets ou incomplets de la surveillance médicale	80	88%	2	3%	82	50%	<0,00001
<i>Patients ayant au moins reçu une surveillance des éléments médicaux :</i> Glycémie + Dyslipidémie + ECG + autres éléments complets ou incomplets de la surveillance infirmière	32	35%	16	22%	48	29%	0,063884

Le tableau 3 nous montre quels critères ont été mesurés pour la surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires, et dont les résultats apparaissent dans le dossier du patient.

Nous l'avons vu, les infirmiers référents au CMP mesurent de manière trimestrielle la tension artérielle, le périmètre abdominal et le poids des patients dont ils ont la prise en charge et à qui une distribution de traitements est réalisée (injection retard, administration de traitements per os au CMP ou pilulier).

Les médecins surveillent la glycémie et le bilan lipidique, ainsi que l'électrocardiogramme.

Concernant les facteurs surveillés par l'infirmier référent, les patients du groupe 1 sont significativement mieux surveillés que ceux du groupe 2. Finalement, cela correspond à la définition même du rôle de l'infirmier référent.

En effet, avec les informations retrouvées dans les dossiers, nous savons que 95% des patients du groupe 1 versus 21% des patients du groupe 2 ont eu une mesure de la tension artérielle en 2014.

Le raisonnement s'applique également pour la mesure du poids (96% des patients du groupe 1 contre 19% des patients du groupe 2) et pour la mesure du périmètre abdominal (88% des patients du premier groupe contre 18% des patients du second groupe).

Au total, lorsque l'on regarde parmi tous les patients ceux qui comptaient au moins les 3 paramètres de surveillance infirmière, on pouvait compter 88% des patients du groupe 1, contre seulement 3% du groupe 2.

30% des patients du groupe 1 ont en revanche reçu uniquement la surveillance des paramètres infirmiers, sans aucun élément de surveillance médicale.

Si l'on analyse les données concernant les éléments de surveillance nécessitant une prescription médicale (bilan lipidique, glycémie, électrocardiogramme), plusieurs éléments ressortent.

Concernant les électrocardiogrammes, 49% des patients du groupe 1 ont eu un ECG en 2014, contre 30% des patients du second groupe. Là encore, les patients du groupe 1 sont significativement mieux surveillés que les autres ($p < 0,05$).

En revanche, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant la réalisation de la prescription pour la surveillance du bilan lipidique et de la glycémie : 54% des patients du groupe 1 ont eu cette exploration contre 44% des patients du groupe 2.

On aurait pu penser que les patients ayant un infirmier référent étaient mieux dépistés sur le plan des éléments de surveillance médicale, du fait de cette attention particulière qui leur est apportée, mais cela ne semble pas être le cas dans notre étude.

Au total, lorsque l'on regarde parmi tous les patients ceux qui comptaient au moins les 3 paramètres de surveillance médicale, on pouvait compter 35% des patients du groupe 1, contre 22% du groupe 2. La différence entre les deux groupes est moins probante que pour les paramètres surveillés par les infirmiers.

Peu de patients dans les deux groupes ont bénéficié uniquement d'une surveillance médicale complète, sans surveillance des paramètres infirmiers.

La surveillance de tous les facteurs de risque cardiovasculaires mesurables (tension artérielle, périmètre abdominal, ECG, glycémie, dyslipidémie, poids) a été réalisée chez 26% des patients du groupe 1 en 2014, contre seulement 1% des patients du groupe 2. ($p < 0,05$)

Même si cette différence entre les deux groupes est significative, seuls 15% des patients ont eu un dépistage complet du syndrome métabolique en 2014.

V. 4. 2 Second objectif : suivi somatique général

Tableau 4. Nom du médecin traitant dans le dossier médical du patient

Nom du médecin traitant dans le dossier	Groupe 1		Groupe 2		Total		Chi 2
Oui	73	80%	60	82%	133	81%	0,748547
Pas de médecin traitant	1	1%	0	0%	1	1%	0,368973
Pas de nom dans le dossier	17	19%	13	18%	30	18%	0,885712
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

81% des patients ont le nom de leur médecin traitant mentionné dans le dossier (tableau 4). Dans la majorité des cas, le nom apparaissait sur la page initiale du dossier, sinon il pouvait également se trouver sur des compte-rendus d'hospitalisation.

Seuls 18% des patients n'ont pas de noms de médecin traitant dans leur dossier.

Un seul patient a clairement exprimé son refus d'avoir un médecin traitant.

Il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes sur l'apparition du nom du médecin traitant dans le dossier médical.

Tableau 5. Consultation chez le médecin traitant et chez un spécialiste en 2014.

Consultation chez le médecin traitant	Groupe 1		Groupe 2		Total		Chi 2
Oui	16	18%	7	10%	23	14%	0,142900
Non	1	1%	0	0%	1	1%	0,368973
Non renseigné	74	81%	66	90%	140	85%	0,101584
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Consultation chez un spécialiste							
Oui	23	25%	16	22%	39	24%	0,615787
Non	0	0%	0	0%	0	0%	-
Non renseigné	68	75%	57	78%	125	76%	0,615787
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

Il est fait mention dans le dossier d'une consultation chez le médecin traitant en 2014 pour 14% des patients.

Mais pour 85% des patients, aucune information n'a été notée dans le dossier concernant une telle consultation en 2014.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Les informations relatives au suivi par le médecin traitant dans le dossier semblaient être psychiatre-dépendantes.

Il est difficile de savoir, à partir du dossier, si les prescriptions pour la surveillance du bilan lipidique et de la glycémie sont réalisées par le psychiatre ou par le médecin traitant.

24% des patients ont consulté un spécialiste durant l'année 2014.

Les courriers sont facilement accessibles dans le dossier, ainsi que les compte-rendus d'hospitalisation dans des services de soins somatiques.

Comme pour les consultations chez le médecin traitant, il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes.

Tableau 6. Comorbidités et traitements somatiques.

Comorbidités somatiques connues	Groupe 1		Groupe 2		Total		Chi 2
Oui	81	89%	43	59%	124	76%	<0,00001
Non renseigné	10	11%	30	41%	40	24%	<0,00001
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Traitements somatiques connus							
Oui	78	86%	38	52%	116	71%	<0,00001
Non renseigné	13	14%	35	48%	48	29%	<0,00001
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

Les dossiers de 124 patients sur 164, soit 76% d'entre eux, comprenaient des informations relatives à la présence ou à l'absence de comorbidités somatiques.

Les courriers médicaux faisaient état des comorbidités spécifiques du spécialiste consulté, mais les comorbidités somatiques au complet étaient très souvent retrouvées dans les comptes-rendus d'hospitalisation.

Il est cependant intéressant de constater que 89% des patients du groupe 1 avaient des informations relatives à leurs comorbidités dans leur dossier, versus 59% des patients du groupe 2. Cette différence est significative.

De la même manière, 86% des patients du groupe 1 ont des informations relatives aux traitements médicaux associés à ces comorbidités somatiques, contre 52% des patients du groupe 2. Cette différence est également significative.

Cela pourrait être dû en partie au fait que les patients bénéficiant d'infirmier référent sont probablement des patients ayant une pathologie plus lourde, et nécessitant des hospitalisations plus fréquentes, pour lesquelles des comptes-rendus mentionnant, entre autres, les comorbidités somatiques sont écrits et adressés au CMP.

V. 4. 3 Troisième objectif : facteurs de « gravité »

Tableau 7. Prises en charge au CMP : les intervenants et les moyens mis en œuvre.

Professionnels impliqués dans les prises en charge	Groupe 1		Groupe 2		Total		Chi 2
Assistante sociale	56	62%	20	27%	76	46%	0,000013
Psychologue	5	5%	4	5%	9	5%	0,996643
Infirmier référent	91	100%	0	0%	91	55%	<0,00001
Psychiatre seul	0	0%	50	68%	50	30%	<0,00001
Associations de professionnels							
Psychiatre + Assistante sociale	0	0%	19	26%	19	12%	<0,00001
Psychiatre + Assistante sociale + Infirmier référent	53	58%	0	0%	53	32%	<0,00001
Psychiatre + Assistante sociale + Infirmier référent + Psychologue	3	3%	0	0%	3	2%	0,123497
Psychiatre + Infirmier référent	33	36%	0	0%	33	20%	<0,00001
Psychiatre + Psychologue	0	0%	3	4%	3	2%	0,050965
Psychiatre + Assistante sociale + Psychologue	0	0%	1	1%	1	1%	0,262747
Psychiatre + Psychologue + Infirmier référent	2	2%	0	0%	2	1%	0,202507
Psychiatre seul	0	0%	50	68%	50	30%	<0,00001
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	
Prise en charge à l'HDJ							
Oui	22	24%	9	12%	31	19%	0,054131
Non	69	76%	64	88%	133	81%	0,054131
TOTAL	91	100%	73	100%	164	100%	

Le tableau 7 présente les différents intervenants possibles sur le CMP, ainsi que la possibilité d'une prise en charge en hôpital de jour.

Les patients du groupe 1 bénéficient d'une prise en charge plus complète au CMP, avec, par définition, un infirmier référent, mais également une prise en charge sociale plus fréquente puisque 62% d'entre eux sont suivis par une assistante sociale, versus 27% des patients du groupe 2. ($p < 0,05$)

58% des patients du groupe 1 bénéficient d'une prise en charge associant le psychiatre, l'infirmier référent et l'assistante sociale, alors que 26% des patients du groupe 2 sont suivis à la fois par le psychiatre et l'assistante sociale.

De la même manière, 68% des patients du groupe 2 ne sont suivis que par leur psychiatre, témoignant de prises en charges plus lourdes chez les patients du groupe 1. (Tableau 7)

En revanche, le suivi psychologique est équivalent dans les deux groupes.

Concernant les structures qui aident à la prise en charge médico-sociale des patients, il y a une tendance ($p = 0,054$) pour les patients du groupe ayant un infirmier référent à être plus facilement pris en charge en hôpital de jour que les patients de l'autre groupe. Cela témoigne également d'une prise en charge plus étoffée chez les patients du groupe 1.

Le tableau 1 nous montrait qu'il n'y avait pas de différences significatives concernant une prise en charge en ESAT, ou une vie en institution.

Peut être qu'un échantillon plus grand montrerait des résultats plus marqués sur les deux points précédents.

Les patients semblent donc nécessiter d'une prise en charge plus étoffée en ce qui concerne l'aspect social.

Quels facteurs de « gravité » nécessitant une prise en charge médico-sociale plus lourde peuvent être mis en évidence chez les patients du premier groupe ?

Au niveau des caractéristiques des patients des différents groupes, les patients du groupe 1 et les patients du groupe 2 présentent des différences significatives dans plusieurs domaines. (Tableau 1)

En effet, les patients du groupe 1 sont des personnes qui sont plus fréquemment sous mesure de protection des biens (tutelle et curatelle) : 51% d'entre eux versus 30% des patients du groupe 2. ($p < 0,05$).

Réciproquement, 60% des patients du groupe 2 n'ont aucune mesure de protection, contre 42% des patients du groupe 1 ($p < 0,05$).

Dans notre étude, l'aspect « isolement socio-familial » ressort peu. En effet, 84% des patients sont célibataires, avec une plus grande proportion de patients seuls dans le groupe 2 que dans le groupe 1, mais cette différence est à peine significative entre les deux groupes ($p = 0,049$). De la même manière, il ne ressort pas de différences concernant le mode de vie (seul ou en famille).

Concernant l'activité professionnelle, une majorité d'entre eux sont sans activité (62%), sans différence significative entre les deux groupes, ne mettant pas en évidence de précarité particulière dans un groupe spécifique, qui pourrait pourtant représenter un facteur de prise en charge plus lourde qui nécessiterait un étayage plus important.

Le raisonnement s'applique également aux revenus : une majorité d'entre eux touche l'AAH, et il n'existe pas de différences significatives qu'il s'agisse de ceux qui touchent l'AAH ou de ceux qui ont un salaire.

Un échantillon plus grand permettrait peut être de faire ressortir plus aisément cet aspect là.

Sur le plan des addictions, les patients du groupe 1 sont en revanche plus consommateurs que les patients du groupe 2, toute addiction confondue : alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, médicaments, autre ... 38% versus 23% sont reconnus comme ayant une addiction à une de ces substances. ($p < 0,05$). Cependant, ces chiffres retrouvés dans l'étude ne concordent pas avec les prévalences que l'on connaît.

Nous avons vu dans la revue de la littérature que les consommateurs de toxiques étaient également moins bien suivis sur le plan somatique.

Sur le plan de l'hygiène de vie, il était difficile d'évaluer la qualité de l'alimentation des patients et de leur activité sportive. Certains patients pris en charge à l'hôpital de jour pouvaient en revanche bénéficier des groupes diététiques ou sport.

V. 5. Discussion

88% des patients du groupe 1 comptaient au moins les 3 paramètres de surveillance infirmière, contre seulement 3% du groupe 2.

La surveillance de tous les facteurs de risque cardiovasculaires mesurables a été réalisée chez 26% des patients du groupe 1 en 2014, contre seulement 1% des patients du groupe 2. ($p < 0,05$)

Même si cette différence entre les deux groupes est significative, seuls 15% des patients ont eu un dépistage complet du syndrome métabolique en 2014.

81% des patients ont le nom de leur médecin traitant mentionnés dans le dossier, mais seuls 14% des patients seraient allés consulter un généraliste au cours de l'année 2014.

Les informations sur les comorbidités somatiques et les traitements associés étaient mieux connus dans le groupe 1.

Les patients du groupe 1 sont des patients plus lourds, avec une prise en charge plus étoffée : prise en charge sociale plus fréquente, une tendance à être plus suivi en hôpital de jour, mesures de protection plus fréquentes, et une plus grande consommation de toxiques. L'aspect isolement social comme facteur de gravité et de mauvais suivi somatique ressort peu dans l'étude, probablement à cause d'un échantillon de trop petite taille.

V. 5. 1. Réalisation de l'étude

Comme nous l'avons décrit, l'étude a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patients. Il est donc possible que certaines informations concernant le patient n'aient pas été retrouvées, mais dans ce cas, nous pouvons nous poser la question de l'intérêt d'une information si celle – ci n'est pas facilement accessible à tous.

Ainsi, certaines informations n'ont peut être pas été notées dans le dossier, mais il se peut que le psychiatre ou l'infirmier référent en ait tout de même connaissance : il est possible que le patient ait réalisé une surveillance de son bilan lipidique, mais que le médecin n'ait pas joint une photocopie de ce bilan dans le dossier médical, ou qu'il n'ait pas écrit dans le dossier que le bilan a été réalisé.

De la même manière, il se peut que les patients ayant consulté un médecin généraliste au cours de l'année 2014 ait eu une surveillance des facteurs de risque cardiovasculaires par ce dernier, mais que l'information n'apparaisse pas dans le dossier.

Ainsi, lorsque l'ont obtient, dans cette étude, une surveillance complète des facteurs de risque cardiovasculaires chez seulement 15% des patients, ce chiffre est en réalité probablement à revoir à la hausse.

V. 5. 2. Moyenne d'âge

Il est intéressant de constater qu'il existe une proportion plus importante de patients dans la tranche d'âge « 40 – 49 ans ». En effet, quasiment un tiers d'entre eux se situent dans cette catégorie. En revanche, chaque groupe ne contient que 3% de patients de 70 ans et plus, témoignant de cette surmortalité.

Il aurait été intéressant de regarder si les patients les plus âgés bénéficiaient d'un encadrement pour les soins somatiques plus important, bien que la surveillance du syndrome métabolique était la même chez tous les patients, peu importe leur âge.

V. 5. 3. Prise en charge

Tous les patients sont pris en charge à 100% concernant la pathologie psychiatrique. Toutes les ordonnances réalisées ont été faites sur des ordonnances bizones.

En revanche, il serait intéressant d'analyser le dossier social des patients, afin d'évaluer ceux qui bénéficient d'une mutuelle ou ceux qui possèdent la CMU et la CMU complémentaire.

En effet, une protection sociale réduite témoigne d'une précarité, et d'une limitation financière d'accès aux soins, notamment aux soins somatiques.

V. 5. 4. Médecin traitant

Dans notre étude, 81% des patients ont un nom de médecin traitant cité dans le dossier. Pour faire évoluer la réflexion, il serait intéressant de contacter ces médecins, afin de voir si eux-mêmes ont connaissance de la maladie psychiatrique de leurs patients et des traitements associés. De la même manière, il serait intéressant de voir si les patients sont venus en consultation au moins une fois en 2014, et de confronter ces résultats à ceux de l'étude.

De plus, on a constaté que les 2 groupes étaient comparables en ce qui concerne l'apparition du nom de ce médecin traitant dans le dossier. On ne peut donc pas conclure sur un lien éventuel entre la surveillance biologique réalisée par le psychiatre, et le fait qu'il sache que le patient a un médecin traitant : lorsque le psychiatre a connaissance du nom du médecin traitant du patient, prescrit – il moins de bilan biologique en se basant sur l'idée que c'est le rôle du médecin généraliste et non le sien ? Et inversement, quand le psychiatre constate que le patient n'a pas de médecin traitant, s'assure – t – il plus du bon suivi somatique du patient ?

V. 5. 5. Addictions

Le tableau concernant les addictions apportent des informations sur la consommation de toxiques des patients, mais l'autre élément important réside dans le fait que pour 60% des patients, il n'y a pas d'informations facilement accessibles sur leur consommation ou sur leur absence de consommations.

De plus, on ne sait pas si les informations retrouvées dans les dossiers sur les addictions sont complètes, certaines d'entre elles datant de plusieurs années.

Cela entraîne des résultats qui ne sont pas en accord avec les prévalences connues chez ces patients.

Afin d'obtenir des informations plus complètes, l'infirmier référent pourrait éventuellement participer au repérage des addictions chez ces patients.

V. 5. 6. Voies d'amélioration possibles

Comme nous avons pu le constater, la tension artérielle, le poids et le périmètre abdominal sont mieux surveillés chez les patients du groupe 1. La glycémie est également un facteur facilement mesurable et qui ne nécessite pas de prescription médicale. Un suivi de la glycémie par les infirmiers référents serait donc réalisé de manière plus régulière que lorsqu'elle est faite par le médecin, comme c'est le cas actuellement.

La communication entre psychiatre et médecin traitant n'a pas été évaluée dans cette étude de manière précise, mais il existait peu de dossiers où était mentionné un contact entre psychiatre et médecin généraliste (appels, courriers ...) durant l'année 2014.

Une meilleure communication entre ces deux acteurs de la prise en charge permettrait de coordonner les soins du patient, et de s'assurer de la réalisation du suivi et du dépistage. Ce lien pourrait être assuré par les infirmiers référents.

Une des limitations d'accès aux soins somatiques réside dans la préoccupation de la santé physique des patients par le psychiatre. En effet, en parcourant les dossiers, nous pouvons nous apercevoir que finalement, c'est une notion très psychiatre-dépendante.

Peut être que des protocoles mis en place pour les psychiatres, comme cela a été fait pour les infirmiers référent, aideraient à obtenir une surveillance plus régulière des paramètres somatiques médicaux.

A propos des addictions, nous avons vu que pour 60% des patients, il n'y a pas d'informations concernant leur consommation de toxiques.

Le CMP de Versailles a également pour projet d'étendre la surveillance somatique des patients à des éléments autres que les éléments cardiovasculaires. Ils cherchent, par exemple, un dentiste avec lequel ils pourraient être en collaboration.

Ils réfléchissent également à des modalités pour que les patients bénéficient des dépistages recommandés tels que le cancer de la prostate ou du sein par exemple.

De plus, après avoir instauré des éléments de surveillance à titre préventif, des activités en HDJ ont été développées pour pallier à la prise de poids et au syndrome métabolique en

général : il existe différents groupes proposant des activités sportives ou centrés sur la nourriture et l'éducation autour de l'alimentation.

Le CMP du Centre Hospitalier de Versailles est un CMP très investi dans le dépistage et le suivi du syndrome métabolique de ses patients. Il serait intéressant de comparer ces données aux données recueillies au sein d'autres CMP.

Conclusion

Bon nombres d'études ont pu conclure à une espérance de vie réduite des patients schizophrènes avec un taux de mortalité plus élevé pour certaines pathologies, et notamment pour toutes les pathologies et comorbidités de la sphère cardio-vasculaire. Cela est dû à une plus grande prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires.

Cette prévalence est liée à plusieurs facteurs : d'une part à la maladie en elle-même et à ses symptômes déficitaires, mais également aux traitements neuroleptiques et à leurs effets secondaires tels que le syndrome métabolique. S'associe à ces éléments le mode de vie plus sédentaire et moins équilibré des patients schizophrènes, qui ont également moins d'étayage socio-familial.

Pourtant, la surveillance somatique qui devrait accompagner cette majoration des risques cardiaques n'est pas suffisante.

La disparité des soins constatée chez ces patients est en lien avec l'organisation des soins, même si celle-ci est en cours d'évolution devant une prise de conscience de la mauvaise qualité du suivi somatique de ces patients. Elle est également intrinsèquement liée à la pathologie en elle-même. En effet, les patients schizophrènes sont des patients qui, du fait des éléments délirants ou des troubles cognitifs, peuvent avoir des difficultés à s'exprimer ou à verbaliser précisément leurs symptômes. Ils sont dans des situations décrites comme plus précaires que la population générale, rendant l'accès aux soins plus délicat.

De plus, ils se heurtent à des professionnels qui sont eux-mêmes, malgré eux, dans la scission des soins somato-psychiatriques. En effet, psychiatres et médecins somaticiens se trouvent tous les deux confrontés à des situations qui leur sont inconfortables : qu'il s'agisse de suivi somatique pour les psychiatres qui pensent que celui-ci est assuré par un autre médecin, ou de prises en charge demandant plus d'attention et de temps aux médecins somaticiens face à des patients parfois difficilement interrogeables.

De plus, l'un et l'autre ont également tendance à attribuer les plaintes somatiques de ces patients à une origine psychosomatique, avant même d'éliminer une réelle cause organique à leur souffrance.

Une prise de conscience de ces difficultés permet, petit à petit, de mettre en place des solutions pour pallier à cette surmortalité, et permettre un accès aux soins de qualité à ces patients. Les points d'amélioration résident dans l'organisation des soins : chaque territoire met en place des actions en fonction de ses moyens et de sa créativité dans l'idée de respecter

au mieux les recommandations établies, mais également au sein des professionnels de santé qui doivent tendre vers une culture partagée et des échanges pour améliorer la communication et la prise en charge globale du patient. Le patient, acteur principal des soins, devrait bénéficier de mesures éducatives tant sur les traitements que sur l'importance du mode de vie à adopter.

De telles mesures pour de tels changements nécessitent des moyens humains et financiers, qui ne sont aujourd'hui pas des plus simples à mettre en place.

Pourtant des solutions accessibles existent.

Notre étude a montré qu'au CMP de Versailles une partie des éléments du syndrome métabolique (tension artérielle, poids, périmètre abdominal) est surveillée par les infirmiers de manière trimestrielle. Sont ressortis de très bons résultats quant à la qualité de cette surveillance puisque la quasi-totalité des patients ont pu en bénéficier. En revanche, la surveillance des éléments nécessitant une prescription médicale (bilan lipidique, glycémie, électrocardiogramme) était réalisée moins fréquemment, illustrant la nécessité de sensibiliser le corps médical à cette question. Une bonne tenue du dossier permet également de faciliter le suivi somatique, en vérifiant par exemple que sont bien mentionnés le nom du médecin traitant, les comorbidités somatiques et leurs traitements, les échanges réalisés avec les généralistes ou avec les spécialistes, les photocopies des bilans sanguins etc ...

L'étude a donc révélé qu'il existe des moyens simples pour améliorer la prise en charge somatique de ces patients.

Pour étendre le sujet, il serait intéressant de réitérer cette étude avec d'autres CMP, afin de voir les différentes mesures instaurées pour favoriser le suivi somatique et la coordination des soins. Il serait également judicieux d'avoir le point de vue des médecins généralistes sur la communication avec les psychiatres et sur leurs idées pour améliorer la globalité de la prise en charge somato-psychiatrique de ces patients.

Annexe

Questionnaire ayant permis le recueil de données au CMP.

I. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

- âge :

- moins de 20 ans
- de 20 à 29 ans
- de 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- de 50 à 59 ans
- de 60 à 69 Ans
- 70 ans et plus

- sexe :

- homme
- femme

- diagnostic :

- schizophrénie
- schizophrénie paranoïde
- schizophrénie déficitaire
- autre type de schizophrénie
- trouble schizo affectif

- type de traitement :

- injection retard
- neuroleptique
- antidépresseur
- anxiolytique
- thymorégulateur
- aucun

- mesure de protection :

- tutelle
- curatelle renforcée
- curatelle simple
- autre
- aucune

- prise en charge :

- 100
- cmu
- 100 + cmu
- classique (sécurité sociale et mutuelle)
- autre
- aucune

- situation familiale :

- couple
- marié/pacsé
- célibataire
- veuf

- mode de vie :

- vit seul
- vit en couple
- vit chez ses parents / chez quelqu'un de la famille
- appartement thérapeutique
- SDF
- institution
- autre

- situation professionnelle :

- sans activité

- ESAT
- ordinaire
- autre

- temps de travail :
 - plein
 - partiel

- revenus :
 - AAH
 - salarié
 - les deux
 - autre
 - aucun

- activité physique mensuelle :
 - 0 (moins d'une fois par mois)
 - 1 (1 fois par mois)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (plus d'une fois par semaine)

- alimentation :
 - normal
 - régime
 - gras
 - autre

- addictions :
 - alcool
 - tabac
 - cannabis
 - médicament

- opiacé
- cocaïne
- autre
- aucune

II. Quelle prise en charge au CMP ?

- Suivi par le psychiatre et par :
 - assistante sociale
 - psychologue
 - infirmier référent
 - aucun
- Actes de l'infirmier référent :
 - injection retard
 - pilulier
 - VAD
 - entretien infirmier
 - entretien téléphonique
 - accompagnement chez le médecin traitant
 - accompagnement chez un spécialiste
 - mesure des constantes
 - autre
 - pas d'infirmier référent
- Prise en charge à l'HDJ ?
 - oui
 - non
- En cas de participation à l'HDJ :
 - activité sportive
 - groupe diététique
 - aucun

III. Quelles mesures sont mises en place au CMP pour améliorer le suivi somatique ?

- Eléments de surveillance en 2014 (par l'infirmier référent ou le médecin) :

- tension artérielle
- glycémie
- poids
- périmètre abdominal
- ECG
- bilan lipidique

- mesures facilement accessibles dans le dossier ?

- oui
- non

- Surveillance des paramètres médicaux par :

- psychiatre
- médecin traitant

- Nom du médecin traitant dans le dossier

- oui
- non
- pas de médecin traitant

- comorbidités somatiques connues du CMP :

- oui
- non

- Traitements somatiques connus du CMP :

- oui
- non

- Consultation en 2014 chez le médecin traitant :

- oui
- non
- pas de médecin traitant

- consultation chez un spécialiste durant 2014 ?

- oui
- non

Références

1. Benyamina Amine. Addictions et comorbidités. DUNOD. 2014.
2. Bjorkenstam E, Ljung R, Burstrom B, Mittendorfer-Rutz E, Hallqvist J, Weitoft GR. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients--a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 22];2(1). Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2011-000778>
3. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Bousoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9:215–26.
4. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2010 Feb 1;196(2):116–21.
5. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Dec 1;171(6):502–8.
6. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000 Sep 1;177(3):212–7.
7. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*. 1999;29(03):697–701.
8. Cabaret Szczepanik W. Enquête ARS : recueil sur les soins somatiques en psychiatrie en Ile de France. 2010.
9. Casadebaig F, Philippe A, Guillaud-Bataille JM, Gausset MF, Quemada N, Terra JL. Schizophrenic patients: physical health and access to somatic care. *Eur Psychiatry*. 1997;12(6):289–93.
10. Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Quest Déconomie Santé*. 2012 Oct;(180).
11. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Synthèse des recommandations professionnelles : la coopération médecins généralistes - psychiatres. 2010.

12. Cradock-O'Leary J, Young AS, Yano EM, Wang M, Lee ML. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv.* 2002;53(7):874–8.
13. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les sujets souffrant d'une maladie mentale sévère. Déclaration de position de l'European Psychiatric Association (EPA), soutenue par l'European Association for the study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 22]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933810001574>
14. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry.* 2011;10(2):138–51.
15. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in healthcare. *World Psychiatry.* 2011 février;10(1):52–77.
16. Druss B. G., Reisinger Walker E. Mental disorders and medical comorbidity. *Synth Proj.* 2011 Feb;1:1–26.
17. Druss B. G., Rohrbaugh R. M., Levinson C. M. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. A randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Sep;58:861–8.
18. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J. Recommandations pour le traitement biologique de la Schizophrénie. Partie 2: Traitement à long terme de la Schizophrénie. *World Fed Soc Biol Psychiatry* [Internet]. Available from: http://www.afpbn.org/pdf/forum/WFSBP_SZ_long_terme_170308_3.pdf
19. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to Reduce Weight Gain in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2007 Mar 19;33(3):654–6.
20. Fleischhacker WW, Bakmas MC-, Hert MD, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders : clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):514–9.

21. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Caron J. Professional service utilisation among patients with severe mental disorders. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):141.
22. Fleury M-J. Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec: contexte d'implantation, état de la mise en oeuvre et opinions des omnipraticiens. *Santé Publique.* 2012;23(HS):155–9.
23. Fleury M.J., Tremblay. Déterminants de l'adéquation de l'aide aux besoins des usagers au Québec. Proposition de recherche.
24. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2007;167(11):1145–51.
25. Gilbody Simon, Whitty Paula, Grimshaw Jeremy, Thomas Ruth. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. A systematic review. *JAMA.* 2003 Juin;289(23):3145–51.
26. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res.* 2005 Dec;80(1):45–53.
27. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998 Jul 1;173(1):11–53.
28. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. 2005.
29. Haute Autorité de Santé. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013.
30. Haute Autorité de Santé. Service évaluation du médicament. Emmanuelle Cohn-Zanchetta. Evaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique. 2010.
31. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J.* 2005 Dec;150(6):1115–21.

32. Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-years follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013 aout;
33. Hofer A., Kemmler G., Eder U. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(7):939–939.
34. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(3):277–91.
35. Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust.* 2003;178(9):S67.
36. Larry S., Goldman M. D. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(suppl 21).
37. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ.* 2013 May;346(may21 1):f2539–f2539.
38. Lawrence D, Kisely S. Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxf).* 2010 Nov 1;24(4 Suppl):61–8.
39. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):317–33.
40. Leutz W. N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and The United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77–110.
41. Maj M. Santé somatique et soins somatiques des personnes atteintes de schizophrénie. *EMC.* 2009;
42. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005 Dec;80(1):19–32.

43. Mechanic D. Approaches for coordinating primary and specialty care for persons with mental illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;(19):395–402.
44. Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2009 [cited 2014 Dec 22]. Available from: <http://appi.org>
45. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006 Sep;86(1-3):15–22.
46. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000;45(1):21–8.
47. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract*. 2009;10(1):32.
48. Petitqueux-Glaser Cécile, Acef Saïf, Gozlan Guy. Le case management, accompagnement du patient et continuité des soins. *Soins Psychiatrie*. 2009 Nov;(265):18–21.
49. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123–31.
50. Saravane D., Feve B., Frances Y., Corruble E. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'encéphale*. 2009;35:330–9.
51. Saravane D. Santé somatique en psychiatrie : une priorité. *Santé Ment*. 2014 février;(185):8–9.
52. Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*. 2009;374(9690):620–7.
53. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?: A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Nov;40(11):892–8.

54. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453–8.
55. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2005 May;6(1):18.
56. Ziguras M.A., Stuart G.W. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000;51(11):1410–21.
57. L'état de santé de la population en France. 2009 rapport - 2010. <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2009-2010,6704.html>
58. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. *Afsapps*. 2010 Mar http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf
59. Le Système de santé et Le National Health Service. <http://angleterre.org.uk/civi/sante-health.htm>.
60. Plan d'action en santé mentale 2005 – 2010, Canada. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
61. Projet régional de santé : schéma d'organisation des soins, le volet hospitalier. ARS Ile de France. ars.santé.fr

Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes.

Introduction: L'espérance de vie réduite des patients schizophrènes est liée à la fois à une plus grande prévalence de comorbidités notamment cardiovasculaires mais également à la disparité des soins dispensés.

Objectif: Evaluer le rôle de l'infirmier référent dans la surveillance métabolique et la qualité du suivi somatique des patients schizophrènes en 2014.

Méthode: 164 dossiers de patients schizophrènes (ou schizoaffectifs) ayant consulté un psychiatre au CMP de Versailles en 2014 ont été analysés. 2 groupes ont été formés : le groupe 1 (91 patients) suivi par un infirmier référent, et le groupe 2 (73 patients) non suivi par un infirmier.

Résultats: La surveillance de tous les facteurs de risque cardiovasculaires (pression artérielle, périmètre abdominal, poids, ECG, bilan lipidique et glycémie) a été faite chez 26% des patients du groupe 1, contre 1% des patients du groupe 2. Au total, 15,2% des patients ont eu une surveillance métabolique complète. 81% des 164 patients ont le nom de leur médecin traitant écrit dans le dossier. Seuls 14% des patients seraient allés consulter un généraliste en 2014. Les comorbidités somatiques et leurs traitements étaient mieux connus dans le groupe 1. Les patients du groupe 1 nécessitent plus de soins : prise en charge sociale et mesures de protection plus fréquentes, tendance à être plus suivis en hôpital de jour, plus grande consommation de toxiques.

Conclusion: Les infirmiers référents permettent une meilleure surveillance métabolique. Des mesures d'amélioration existent : étendre leur rôle et mettre en place des protocoles de surveillance également pour les médecins.

Mots clés: Schizophrénie, comorbidités somatiques, disparité des soins, syndrome métabolique, infirmier référent.

Comorbidities, disparity in healthcare, and development of somatic treatments of schizophrenic patients.

Introduction : The reduced life expectancy of patients with schizophrenia is related to both a higher prevalence of comorbidities (especially cardiovascular comorbidities) but also to disparity in healthcare.

Objective : Assess the role of the referent nurse in metabolic monitoring and quality of somatic monitoring of patients with schizophrenia in 2014.

Method : 164 files of schizophrenic (or schizoaffective) patients who have seen a psychiatrist at the CMP of Versailles in 2014 have been analysed. 2 groups have been made: group #1 (91 patients) followed by a referent nurse and group #2 (73 patients) not followed by a nurse.

Results : The monitoring of all cardiovascular risk factors (blood pressure, abdominal perimeter, weight, ECG, lipid blood test and blood sugar level) has been made for 26% of group #1 patients, against 1% of group #2 patients. In total, 15.2 % of the patients got a complete metabolic monitoring. 81% of the 164 patients have the name of their regular doctor written in the file. Only 14% of these patients have seen a general practitioner in 2014. Somatic comorbidities and their treatments were better known in group #1. Group #1 patients require more treatments: more frequent social care with higher protective measures, more important follow-up in day hospital, and greater drugs use.

Conclusion : Referent nurses enable a better metabolic monitoring. Measures of improvement exist: expand their role and implement monitoring protocols also for doctors.

Key words : Schizophrenia, somatic comorbidities, disparity in healthcare, metabolic syndrome, referent nurse.

Université Paris Descartes, Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06